

Irina ALDEA

Irina ALDEA

LE FRANÇAIS DE LA KINÉSITHÉRAPIE



**Editura Universitaria
Craiova, 2017**

Referenți științifici:

Conf.univ.dr. **Laura CÎȚU**

Conf.univ.dr. **Raluca NIȚU**

Copyright © 2018 Editura Universitaria

Toate drepturile sunt rezervate Editurii Universitaria

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

ALDEA, IRINA

Le français de la kinésithérapie / Irina Aldea. - Craiova:

Universitaria, 2017

Conține bibliografie

ISBN 978-606-14-1297-6

615

© 2018 by Editura Universitaria

Această carte este protejată prin copyright. Reproducerea integrală sau parțială, multiplicarea prin orice mijloace și sub orice formă, cum ar fi xeroxarea, scanarea, transpunerea în format electronic sau audio, punerea la dispoziția publică, inclusiv prin internet sau prin rețelele de calculatoare, stocarea permanentă sau temporară pe dispozitive sau sisteme cu posibilitatea recuperării informațiilor, cu scop comercial sau gratuit, precum și alte fapte similare săvârșite fără permisiunea scrisă a deținătorului copyrightului reprezintă o încălcare a legislației cu privire la protecția proprietății intelectuale și se pedepsesc penal și/sau civil în conformitate cu legile în vigoare.

AVANT-PROPOS

Le présent ouvrage s'adresse principalement aux étudiants en kinésithérapie, mais aussi aux étudiants de la spécialisation assistance médicale.

Le livre propose un ensemble de textes et d'activités qui favorisent la compréhension et l'acquisition du lexique de spécialité.

Les textes choisis peuvent être utilisés de manière indépendante et ils renvoient au domaine de la kinésithérapie mais aussi au domaine connexe (d'ailleurs indispensable) de la médecine.

En tant que support didactique spécialement conçu afin de répondre aux besoins spécifiques des apprenants, nous espérons que *Le français de la kinésithérapie* atteindra ses objectifs et aidera les apprenants à mieux comprendre et parler la langue et à développer le vocabulaire de spécialité.

L'auteure

LA KINÉSITHÉRAPIE

La **kinésithérapie** ou **physiothérapie** est une profession de santé et une science clinique. Elle emploie le mouvement et la physiothérapie dans le but de renforcer, maintenir ou rétablir les capacités fonctionnelles.

La masso-kinésithérapie est la thérapie de la gestuelle humaine (*kinêsis* signifie le « mouvement » en grec). Elle utilise le mouvement ou, au contraire corrige et réduit le mouvement, par différentes techniques ou par la pose d'une contention, afin de rendre au corps une fonction qui s'est altérée, par exemple afin de retrouver l'usage d'une main après une chirurgie réparatrice, ou du moins lui apprendre à s'adapter à son nouvel état (apprendre à un patient amputé à marcher avec une prothèse).

La kinésithérapie signifie traitement par le mouvement. Elle agit au niveau musculaire et articulaire. Les techniques sont utilisées dans le but de la rééducation du mouvement et ainsi que de la posture de la personne.

Un des actes de la masso-kinésithérapie est le massage, c'est-à-dire la sollicitation des tissus (muscles, tendons ou encore tissus sous-cutanés) du patient par différentes techniques manuelles. La kinésithérapie utilise différents moyens physiques (la chaleur, le froid, des courants électriques, des ultrasons, des infrarouges) afin de réduire la prévention, connexes à celles de l'ergonomie et ergothérapie, afin de favoriser ou de rendre autonome une personne dans ses actes de la vie quotidienne, d'adapter le poste de travail d'une personne, par exemple dans le

cadre de la prévention des maladies professionnelles ou encore afin de former le personnel manipulant des charges importantes.

La masso-kinésithérapie concerne également les techniques de kinésithérapie respiratoire des nourrissons atteints de bronchiolite, pour aider à l'entretien des volumes et des cinèses ainsi qu'au désencombrement, et la réalisation d'une contention élastique (*strapping*), souple (soutien du bras, bandage coude au corps) ou rigide (corset pour immobilisation du rachis).

Cette discipline comprend la rééducation de presque toutes les pathologies médicales. Ce métier appartient au corps des rééducateurs à l'instar des orthophonistes, ergothérapeutes, neuropsychologues, psychomotriciens, et des orthoptistes.

L'activité de masso-kinésithérapie comprend :

- les massages, dont le drainage lymphatique manuel et la pressothérapie ;
- la kinésithérapie respiratoire de l'adulte et de l'enfant ;
- les postures, les étirements musculo-tendineux et les mobilisations articulaires, à l'exclusion des manœuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux ;
- le renforcement musculaire (sportif ou post-traumatique) ;
- la réalisation et application de contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de postures ;
- la rééducation sensorielle-motrice (s'adresse plus particulièrement aux troubles neurologiques) ;
- la rééducation des troubles de l'équilibre (rééducation neuro-vestibulaire) ;

- la relaxation neuromusculaire ;
- les différentes techniques de physiothérapie :
 - électrothérapie: courant continu (ou galvanique), galvanisation, diélectrolyse médicamenteuse, le choix du produit médicamenteux étant de la compétence exclusive du médecin prescripteur et courant d'électrostimulation antalgique et excito-moteur ;
 - utilisation des ondes mécaniques (infrasons, vibrations sonores, ultrasons) ;
 - utilisation des ondes électromagnétiques (ondes courtes, ondes centrimétriques, infrarouges, ultraviolets) ;
 - thermothérapie et cryothérapie, à l'exclusion de tout procédé pouvant aboutir à une lésion des téguments ;
 - La kinébalnéothérapie et hydrothérapie ;
 - la rééducation périnéo-vésico-sphinctérienne ;
 - à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, il peut :
 - pratiquer des élongations rachidiennes par tractions mécaniques (mise en œuvre manuelle ou électrique) ;
 - faire pratiquer de la rééducation cardio-vasculaire de sujets atteints d'infarctus du myocarde récent et à procéder à l'enregistrement d'électrocardiogrammes au cours des séances de rééducation cardiovasculaire, l'interprétation en étant réservée au médecin ;
 - faire pratiquer de la rééducation respiratoire et/ou faire des aspirations trachéales chez un malade trachéotomisé ou intubé.

Les techniques de masso-kinésithérapie sont réalisées à la suite d'un ou plusieurs bilans effectué(s) par le masseur-kinésithérapeute afin d'établir un diagnostic kinésithérapique

permettant de définir le nombre de séances à réaliser et d'adapter les techniques aux besoins du patient.

Rééducation

- rééducation neurologique (dont pédiatrique) ;
- rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur (exemple : rééducation d'un ligament croisé antérieur opéré ;
- rééducation respiratoire ;
- rééducation gériatrique (gériokinésithérapie) ;
- rééducation cardio-vasculaire ;
- rééducation des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques ;
- rééducation posturale ;
- rééducation des affections rhumatismales ;
- rééducation des brûlés ;
- rééducation en réanimation.

Rééducation des séquelles

- rééducation de l'amputé, appareillé ou non ;
- rééducation abdominale, y compris du post-partum à compter de l'examen postnatal ;
- rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du sixantième jour après l'accouchement ;
- rééducation cutanée et des brûlés ;

Rééducation d'une fonction particulière

- rééducation de la mobilité faciale et de la mastication ;
- rééducation de la déglutition et linguale ;
- rééducation des troubles de l'équilibre ;
- rééducation du périnée ;
- rééducation des fonctions de la main

Le rôle général joué par le kinésithérapeute a été renforcé dans les techniques péri opératoires modernes telles que la récupération rapide après chirurgie dans la chirurgie orthopédique mais aussi viscérale en permettant la préparation et la mobilisation précoce du patient, éléments clés de son retour optimisé à l'autonomie.

SOURCE : <https://fr.wikipedia.org>

COMPREHENSION DU TEXTE

1. Répondez aux questions :

- a. Quel est le but de la kinésithérapie?
- b. En quoi consiste la masso-kinésithérapie ?
- c. Quels sont les types de rééducations possibles par l'intermédiaire de la kinésithérapie ?

2. Dites si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses :

a. Un des actes de la masso-kinésithérapie est le massage, c'est-à-dire la sollicitation des tissus (muscles, tendons ou encore tissus sous-cutanés) du patient par différentes techniques manuelles.

b. La kinésithérapie signifie traitement par des médicaments.

c. La masso-kinésithérapie comprend la rééducation de seulement quelques pathologies médicales.

d. Les techniques de masso-kinésithérapie sont réalisées à la suite d'un ou plusieurs bilans effectué(s) par le masseur-kinésithérapeute afin d'établir un diagnostic kinésithérapique permettant de définir le nombre de séances à réaliser et d'adapter les techniques aux besoins du patient.

EXERCICES DE VOCABULAIRE

1. Associez chaque mot à sa définition :

- | | | | |
|------------------------|---|---|--|
| <i>Ergonomie</i> | • | • | Ensemble des moyens visant à rétablir les grandes fonctions vitales (surtout respiratoire et cardiaque) abolies ou fortement perturbées (à la suite d'accidents, maladies, complications opératoires). |
| <i>Ergothérapie</i> | • | • | Inflammation aiguë des bronchioles. |
| <i>Bronchiolite</i> | • | • | Traitement de rééducation et de réadaptation qui a pour but de préserver l'autonomie des personnes en situation de handicap (temporaire ou définitif) par des activités adaptées |
| <i>Electrothérapie</i> | • | • | Étude scientifique des conditions (psychophysiologiques et socioéconomiques) de travail, de l'adaptation des outils, postes de travail aux utilisateurs, des relations entre l'homme et la machine. |

- Réanimation* • • Emploi des courants électriques continus ou alternatifs comme moyen thérapeutique.

2. Réécrivez les phrases en mettant les mots dans l'ordre. Retrouvez les phrases dans le texte :

a. La – kinésithérapie – santé – clinique – ou – est – une – profession – physiothérapie – de – et – une – science.

b. La – humaine – de – la – masso-kinésithérapie – gestuelle – est – la – thérapie.

c. La – traitement – le – mouvement – signifie – par.

d. Les – techniques – dans – le – but – sont – utilisées – de – la – kinésithérapie – du – mouvement – de – la – et – ainsi – que – de – la – rééducation – de – la – posture – personne.

3. Donnez la famille lexicale des mots suivants : *force, fonction, animer.*

4. Reformulez les phrases suivantes en utilisant vos propres mots:

a. Le rôle général joué par le kinésithérapeute a été renforcé dans les techniques péri opératoires modernes telles que la récupération rapide après chirurgie dans la chirurgie orthopédique mais aussi viscérale en permettant la préparation et la mobilisation précoce du patient, éléments clés de son retour optimisé à l'autonomie.

b. La masso-kinésithérapie est la thérapie de la gestuelle humaine (*kinêsis* signifie le « mouvement » en grec). Elle utilise le mouvement ou, au contraire corrige et réduit le mouvement, par différentes techniques ou par la pose d'une contention, afin de rendre au corps une fonction qui s'est altérée, par exemple afin de retrouver l'usage d'une main après une chirurgie réparatrice, ou du moins lui apprendre à s'adapter à son nouvel état (apprendre à un patient amputé à marcher avec une prothèse).

5. Cherchez le substantif qui correspond au verbe :

1. éduquer:
2. corriger :
3. réparer :
4. pratiquer :
5. renforcer :

6. Trouvez l'adjectif contraire :

1. moderne :
2. altéré :
3. précoce :
4. chaud :
5. nouveau :

7. Reliez les verbes de la colonne de gauche à leurs contraires :

- | | |
|----------------|----------------|
| 1. réduire | a. affaiblir |
| 2. mobiliser | b. minimiser |
| 3. renforcer | c. démobiliser |
| 4. maximaliser | d. agrandir |

L'ARTHROSE

L'arthrose est une maladie qui touche les articulations, on l'appelle aussi arthropathie chronique dégénérative. Elle est caractérisée par la douleur, mécanique et diurne et la difficulté à effectuer des mouvements articulaires.

Au niveau de l'articulation, la surface du cartilage se fissure, s'effrite et finit par disparaître. Ensuite, des excroissances osseuses se forment et nuisent aux mouvements.

L'arthrose traduit une dégénérescence du cartilage des articulations sans infection ni inflammation particulière. Cette dégénérescence conduit à une destruction plus ou moins rapide du cartilage qui enrobe l'extrémité des os. Anatomiquement, cette destruction s'accompagne d'une prolifération osseuse sous le cartilage. C'est la maladie articulaire la plus fréquente et elle survient de plus en plus tôt dans la vie (peut-être en partie à cause d'une augmentation du poids moyen). Les premiers symptômes apparaissent généralement à partir de 40-50 ans, mais la maladie commence souvent bien plus tôt.

Il ne faut pas confondre avec l'arthrite (sans dégradation chronique de cartilage) ou une pseudarthrose qui correspond à une fausse articulation entre les fragments osseux d'une fracture non consolidée.

Le cartilage articulaire n'est pas un tissu inerte : il est le siège d'une intense activité où la production de chondrocytes (cellules du cartilage) s'oppose, au début du moins, à la destruction de ces mêmes cellules. Lorsque les phénomènes de destruction

l'emportent sur la régénérescence cartilagineuse, l'épaisseur du cartilage diminue et l'articulation s'altère définitivement.

Cette intense activité de production de nouvelles cellules se manifeste, à la marge de l'articulation, par la production nouvelle d'excroissances osseuses : les ostéophytes ou ostéophytose.

Lors de la destruction cartilagineuse, de petits morceaux de cartilage peuvent se détacher et « flotter » dans la poche articulaire : ils y déclenchent alors des poussées inflammatoires mécaniques qui se traduisent par une hypersécrétion de liquide et par un gonflement de l'articulation.

L'arthrose se caractérise par trois lésions anatomiques :

- l'atteinte du cartilage articulaire qui se fissure et se creuse d'ulcérations appelées en médecine géodes (trous dans le cartilage) pouvant laisser l'os à nu ;

- l'atteinte de l'os lui-même qui se décalcifie par endroits (ostéoporose) et se condense en d'autres, notamment dans la partie près de l'articulation au niveau des zones de pression (ce sont les zones épiphysaires) : c'est l'ostéosclérose souschondrale ;

- la formation sur les bords de l'articulation de petites excroissances osseuses : les ostéophytes (parfois dénommés becs de perroquet en raison de leur forme radiologique).

Ces lésions peuvent s'accompagner d'une synovite, qui correspond à l'inflammation de l'enveloppe de l'articulation.

Causes et facteurs de risque :

Ils sont encore mal compris, mais deux grands types de causes semblent en cause ; physiques et hormono-métaboliques.

Causes mécaniques :

De petits traumatismes répétés ou un surpoids chronique peuvent contribuer à une fissuration de la surface vers la profondeur du tissu cartilagineux. Cette fissuration est initiée par des phénomènes mécaniques (cas de la hanche et du genou), mais elle est également favorisée ou entretenue par des altérations biochimiques de la structure du cartilage.

Schématiquement, on peut considérer que ce type d'arthrose résulte d'abord :

- de contraintes physiques anormales sur un cartilage normal (on n'en est cependant pas certain) ;
- de contraintes physiques normales sur un cartilage anormal ;
- de la conjonction des deux situations précédentes.

Causes métaboliques

L'obésité (ou le simple surpoids) devrait logiquement favoriser le risque d'apparition de l'arthrose des hanches et des genoux mais des éléments contradictoires existent concernant les relations de cause à effet :

- l'arthrose des genoux semble prédisposer à une arthrose des mains ;
- l'articulation de la cheville, pourtant elle aussi soumise à rude épreuve, n'est presque jamais altérée chez les personnes souffrant d'obésité ;
- les personnes obèses développent souvent une arthrose des doigts de la main dont les articulations ne sont pourtant pas chez eux les plus sollicitées ; Les adipokines pourraient être en cause.

On commence pour ces raisons à parler d'arthroses métaboliques « englobant le lien avec l'obésité mais également l'association de l'arthrose avec les autres composantes du syndrome métabolique (hypertension artérielle, diabète ou insulino-résistance et dyslipidémie).

Causes hormonales :

Le fait qu'à partir 50 ans, l'incidence de l'arthrose augmente fortement chez les femmes, bien plus que chez les hommes, suggère un lien avec les changements de certains taux hormones féminines lors de la ménopause.

Une étude ayant porté sur 606 a montré que beaucoup des patientes en cours d'hormonothérapie de substitution ont vu après douze mois une amélioration relative (par rapport aux patientes non traitées) de leur arthrose radiologique du genou, ce qui suggère un effet protecteur de cette hormonothérapie, mais cet effet était plus faible pour les articulations de la main, et il n'est pas durable (Il cesse avec la fin du traitement). Le mécanisme de la protection est encore incompris, mais pourrait avoir des implications en termes d'étiopathogenèse (c'est-à-dire de compréhension du mécanisme de la maladie). Selon une étude de 2009, les preuves d'un effet protecteur significatif sont limitées ou à consolider, sauf pour la coxarthrose, mais les auteurs précisent que la diversité des hormones utilisées pour ces traitements rendent les analyses statistiques difficiles. Il a aussi été constaté que le traitement hormonal de substitution à long terme augmente l'épaisseur de cartilage du genou.

Signes de la maladie :

Les signes de la maladie arthrosique varient selon l'articulation concernée. Cependant, dans tous les cas, le motif principal de consultation est la douleur associée à une gêne fonctionnelle.

La douleur est, en principe, de type « mécanique, car elle présente les caractéristiques suivantes :

- elle est déclenchée et aggravée par le mouvement ;
- elle cesse ou s'atténue plus ou moins complètement lorsque l'articulation est au repos ;
- elle est moins importante le matin, puis elle augmente dans la journée et elle est maximale le soir;
- elle gêne traditionnellement l'endormissement, mais peut également entraîner des réveils nocturnes (environ 50 % des patients arthrosiques sont réveillés la nuit par leur douleur);
- elle réapparaît chaque fois que l'articulation concernée est soumise à un effort : la marche pour l'arthrose de hanche, monter un escalier pour le genou, lever le bras pour l'épaule...

La gêne fonctionnelle correspond à une limitation de la mobilité de l'articulation touchée par l'arthrose. Elle est variable selon l'activité du patient. Ainsi un joueur de golf sera beaucoup plus gêné par une arthrose du genou qu'un sujet ne pratiquant pas de sport. De même un pianiste sera très handicapé par une arthrose des doigts, même légère.

Les articulations arthrosiques ne sont, en principe, ni rouges, ni chaudes. Elles peuvent être gonflées lorsque s'installe un

COMPREHENSION DU TEXTE

1. Répondez aux questions :

- a. Par quoi se caractérise l'arthrose?
- b. Quelles sont les lésions anatomiques qui prouvent l'existence de l'arthrose?
- c. Quelles sont les causes mécaniques de l'arthrose?
- d. Peut-on parler des causes hormonales dans le cas de l'arthrose?
- e. Quels sont les principaux signes de la maladie ?

2. Dites si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses :

a. L'arthrose est caractérisée par la douleur, mécanique et diurne et la difficulté à effectuer des mouvements articulaires.

b. Dans le cas de l'arthrose, au niveau de l'articulation, la surface du cartilage se fissure, s'effrite et finit par se régénérer.

c. Les articulations arthrosiques sont, en général, rouges et chaudes.

d. Le fait qu'à partir 50 ans, l'incidence de l'arthrose augmente fortement chez les femmes, bien plus que chez les hommes, suggère un lien avec les changements de certains taux hormones féminines lors de la ménopause.

EXERCICES DE VOCABULAIRE

1. Associez chaque mot à sa définition :

- | | | | |
|-----------------------|---|---|---|
| <i>Cartilage</i> | • | • | Petite tumeur bénigne superficielle de la peau, d'une muqueuse (verruce, condylome, polype, fongosité, kyste, pannicule, loupe, etc.). |
| <i>Excroissance</i> | • | • | Déversement d'un fluide organique ou accumulation de fluide pathologique dans les tissus ou dans une cavité. |
| <i>Dégénérescence</i> | • | • | Tissu conjonctif, translucide, résistant mais élastique, recouvrant les surfaces osseuses des articulations (<i>cartilage articulaire</i>) et constituant la charpente de certains organes (ex. aile du nez, trachée) et le squelette de certains vertébrés inférieurs. |
| <i>Cellule</i> | • | • | Modification pathologique (d'un tissu, d'un organe) avec perturbations de leurs fonctions. |

- Epanchement* • • Unité morphologique et fonctionnelle constitutive de tout être vivant, formée en général d'un noyau entouré d'un cytoplasme* limité lui-même par une membrane périphérique.

**2. Réécrivez les phrases en mettant les mots dans l'ordre.
Retrouvez les phrases dans le texte :**

a. Longue – osseuses – les – excroissances – ostéophytes – visibles – provoquent – des – déformations – des – genoux – des – articulations, – surtout – au – niveau – à – la – des – mains – et.

b. La – gêne – par - l'arthrose – fonctionnelle – à – une – limitation – de – la – mobilité – de – l'articulation – correspond – touchée.

c. Les – maladie – signes – de – la – varient – selon – arthrosique – concernée.

d. Un pianiste – par – sera – très – une – légère – arthrose – même – des – doigts, – handicapé.

3. Donnez la famille lexicale des mots suivants : *paraître, former, construire.*

4. Reformulez les phrases suivantes en utilisant vos propres mots :

a. L'arthrose traduit une dégénérescence du cartilage des articulations sans infection ni inflammation particulière. Cette dégénérescence conduit à une destruction plus ou moins rapide du cartilage qui enrobe l'extrémité des os. Anatomiquement, cette destruction s'accompagne d'une prolifération osseuse sous le cartilage.

b. La gêne fonctionnelle correspond à une limitation de la mobilité de l'articulation touchée par l'arthrose. Elle est variable selon l'activité du patient. Ainsi un joueur de golf sera beaucoup plus gêné par une arthrose du genou qu'un sujet ne pratiquant pas de sport. De même un pianiste sera très handicapé par une arthrose des doigts, même légère.

c. Selon une étude de 2009, les preuves d'un effet protecteur significatif sont limitées ou à consolider, sauf pour la coxarthrose, mais les auteurs précisent que la diversité des hormones utilisées pour ces traitements rendent les analyses statistiques difficiles. Il a aussi été constaté que le traitement hormonal de substitution à long terme augmente l'épaisseur de cartilage du genou.

5. Cherchez le substantif qui correspond au verbe :

1. préciser :
2. constater :
3. traiter :
4. substituer :
5. augmenter :

6. Trouvez l'adjectif contraire :

1. épais :.....
2. difficile :.....
3. utilisé :.....
4. léger:.....
5. variable :.....

7. Reliez les verbes de la colonne de gauche à leurs contraires :

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. commencer | a. construire |
| 2. détruire | b. disparaître |
| 3. augmenter | c. décalcifier |
| 4. apparaître | d. arrêter |
| 5. calcifier | e. diminuer |

L'HALLUX VALGUS

L'*hallux valgus* (HV, du latin *hallus*, gros orteil et *valgus*: « tourné en dehors »), souvent accompagné d'un « oignon » (callosité de la peau en regard de la déformation), est une déformation du pied correspondant à la déviation du premier métatarsien en *varus* (en dedans) et du gros orteil (*hallux*) en *valgus* (en dehors).

Ces déformations n'évoluent pas forcément en même temps. De plus, on trouve une exostose, qui peut être très douloureuse, sur le bord médial de la première tête métatarsienne.

Etiologie

Cette malformation a une prédominance féminine et est souvent bilatérale. Il en existe deux formes principales :

- l'une est acquise par défaillance progressive des systèmes de stabilisation du premier métatarsien (vieillesse, microtraumatismes, surcharge). C'est l'*hallux valgus* secondaire, qui représente 70% des cas. Dans ce cas, le rôle d'un mauvais chaussage est prépondérant (chaussures trop étroites) ;
- l'autre, liée à un défaut d'orientation de la tête métatarsienne, est dite « juvénile » car elle apparaît dans la deuxième décennie de la vie du patient. Elle est héréditaire et transmissible par la mère avec pénétrance génétique variable de 72 %. Elle représente 30 % des cas.

Chez l'homme, elle est souvent associée à une surcharge pondérale et à la présence de pieds plats.

Physiopathologie ou mécanismes à l'origine de la difformité. Subluxation latérale de la phalange proximale sur la tête métatarsienne

Conséquences de cette subluxation latérale de la phalange proximale sur la tête métatarsienne, sont observées plusieurs altérations secondaires

- Rétraction de la capsule sur son versant latéral (« fibulaire »)
- Amincissement de la capsule sur son versant médial (« tibial »)
- Saillie médiale de dimensions variables
- Pronation de l'*hallux* volontiers en rapport avec l'intensité de la déviation
- Déviation médiale du premier métatarsien avec accroissement de la valeur de l'angle intermétatarsien. Ceci a pour conséquence la découverte des sésamoïdes, ancrés latéralement par le ligament transverse intermétatarsien profond.

Déstabilisation de l'articulation métatarsophalangienne du deuxième orteil

Le retentissement de l'HV sur le deuxième rayon n'est pas obligatoire. Au fur et à mesure que la déformation de l'*hallux* s'accroît, l'encombrement spatial de l'*hallux* retentit sur le deuxième orteil qui se déforme en griffe. Si la déformation se poursuit et se majore, un chevauchement des orteils peut s'observer avec le deuxième orteil qui se positionne au-dessus ou au-dessous du premier.

- Le premier métatarsien ne peut plus jouer son rôle et ainsi engendrer une hyperkératose de la peau, appelé

communément oignon. Le déplacement latéral de la première phalange entraîne un déplacement associé des tendons extenseurs et fléchisseurs du gros orteil. Ceux-ci n'ont plus une force axiale sur l'articulation mais possèdent une force de déformation latérale, car excentrés, qui accélère la déformation, d'où le caractère progressif de la maladie. Ainsi il est clairement illusoire de guérir l'hallux valgus par des manœuvres externes de recentralisation du gros orteil. Il faut soit s'orienter vers des cales en silicone afin de traiter la symptomatologie soit, en cas de douleurs résistantes, à une intervention chirurgicale.

- Déformation de l'ongle
- Griffé du deuxième orteil
- Supra ou *infraductus* des orteils
- Hyperkératose sous les têtes moyennes
- Hyperkératose sous le sésamoïde interne
- Hyperkératose sous la tête de M2 car hyper-appui
- Douleur arthrosique et douleur de l'exostose (frottements, étirement du système capsulo-ligamentaire en interne)
- Sésamoïdopathie.

Diagnostique

Examen médical

Le chirurgien s'attache à rechercher plusieurs éléments qui justifient d'une intervention chirurgicale :

- la douleur : elle siège au bord interne du pied, en regard de la tête du métatarsien ;

- la bursite : la « bosse » qui fait saillie sous la peau entre en conflit avec les chaussures. La peau devient inflammatoire et parfois une ulcération, voire une collection, peut apparaître ;

- la gêne au chaussage : la « bosse » oblige à porter des chaussures plus larges et sans talon. A l'extrême, certains n'arrivent plus à se chausser, sauf dans des claquettes ou des tongs.

D'autres signes moins fréquents peuvent exister à des degrés divers. Il est important de rappeler que la gêne esthétique ne doit pas motiver une intervention. En effet, la chirurgie orthopédique s'attache à restaurer une fonction normale et indolore de l'appareil locomoteur. Une chirurgie fonctionnelle motivée par des considérations esthétiques est particulièrement à risque d'échec.

Bilan radiographique

Le diagnostic est avant tout clinique, mais des radiographies sont indispensables pour mesurer la déformation et adapter la technique chirurgicale aux spécificités du patient. Les radiographies doivent être effectuées de façon rigoureuse : clichés d'avant-pied de face, profil, et 3/4, patient debout en charge. Ce dernier critère est indispensable car le squelette du pied adopte des positions dans l'espace qui diffèrent selon que le poids du corps repose ou non sur lui. C'est l'état du squelette debout en charge qui doit guider le geste chirurgical.

Traitements

Le sujet souffrant d'oignon doit comprendre la nature de son problème. Il doit porter de préférence des chaussures à semelles

larges souples à talon peu élevé, chaussure assurant la liberté du gros orteil et de la saillie médiale.

Une orthèse (contention par un dispositif élastique) peut aider à soulager certains patients.

Contentations nocturnes

Il s'agit d'appareils de posture corrigées ou semi-corrigées en fonction de la réductibilité de la déformation. Elles trouvent leur indication dans les formes douloureuses à expression nocturne. Les plus efficaces sont celles réalisées sur mesure, mais leur efficacité n'est que relative : elles ne s'intéressent qu'au pied en décharge alors que la déformation se trouve majorée en charge et chaussé (facteurs favorisant de la déformation).

Contentations diurnes

Elles tiennent compte de la réductibilité de la pathologie en charge et chaussé. La correction mécanique de l'*hallux abductus* peut être réalisée par une orthoplastie de type écarteur d'orteil standard ou moulée dans le premier espace interdigital.

Elle permettra :

- une diminution des contraintes articulaires de la première articulation métatarso-phalangienne, pouvant ainsi éviter l'installation d'une arthrose secondaire présente dans les cas évolués ;
- une réaxation des tendons périarticulaires responsables de l'entretien en position vicieuse de l'*hallux valgus*.

On peut associer à cet écarteur :

- une protection de l'exostose latérale interne du premier métatarsien ;

- une protection ou une correction d'une griffe du deuxième orteil douloureuse, souvent associée à l'*hallux valgus*.

Prise de décision

Les principaux motifs de traitement sont une pathologie liée à l'exostose (frottement, hygroma, fistulisation, cors...), une gêne esthétique, des douleurs liées aux conséquences de cette déformation ou d'origine arthrosique.

Au cours d'une intervention chirurgicale, plusieurs types de corrections peuvent être apportées, isolément ou de manière combinée :

- ostéotomie de la tête du premier méta (ostéotomie de Reverdin Isham): permet de réorienter la surface articulaire du méta et corrige la déformation ;
- opération d'Akin, ostéotomie de la base de la première phalange : elle corrige le *valgus* de la phalange souvent présent ;
- ostéotomie métatarsienne (« chevron » simple, ostéotomie de Scarf, etc.) ;
- geste de libération distale des parties molles ;
- opération de Keller : arthroplastie par résection de la base de la première phalange du gros orteil, qui reste utilisée en cas de dégénérescence arthrosique de la première articulation métatarso-phalangienne (*hallux rigidus* et *hallux valgus*) ;
- arthrodèse ou « fusion » métatarsophalangienne du gros orteil.

Du point de vue de la technique pure, l'opération peut être menée selon plusieurs modalités :

- chirurgie classique : le chirurgien incise la peau en regard des zones à traiter ;
- chirurgie mini-invasive : les techniques sont adaptés pour permettre d'effectuer les mêmes gestes, mais par des incisions (et donc des cicatrices) plus petites et en préservant mieux les tissus sous-cutanés ;
- chirurgie percutanée : les avancées techniques les plus récentes permettent de pratiquer les gestes chirurgicaux à travers la peau. La taille des incisions ne dépasse alors pas quelques millimètres.

Si les deux dernières s'accompagnent de suites opératoires plus simples pour les patients, toutes les techniques ne peuvent pas traiter toutes les déformations. C'est au chirurgien, entraîné à ces techniques modernes, d'opter pour l'une ou l'autre.

SOURCE: https://fr.wikipedia.org/wiki/Hallux_valgus

COMPREHENSION DU TEXTE

1. Répondez aux questions :

- a. Par quoi se caractérise l'HV ?
- b. Quelles sont les principales formes d'HV?
- c. Quelles sont les conséquences que peut avoir la subluxation latérale de la phalange proximale?
- d. Quelles sont les situations où une intervention chirurgicale, en cas d'HV, est justifiée ?
- e. Quels sont les types de corrections qui peuvent être apportées au cours d'une intervention chirurgicale ?

2. Dites si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses :

- a. En cas de HV le déplacement latéral de la première phalange entraîne un déplacement associé des tendons extenseurs et fléchisseurs du gros orteil.
- b. Une orthèse (contention par un dispositif élastique) ne peut pas aider au soulagement des douleurs en cas de HV.
- c. L' hallux valgus a une prédominance féminine.
- d. Il n'y a qu'un seul type d'intervention chirurgicale dans le cas de l'hallux valgus.

EXERCICES DE VOCABULAIRE

1. Associez chaque mot à sa définition :

- | | | | |
|------------------|---|---|--|
| <i>Arthrose</i> | • | • | Partie du squelette du pied formée par les cinq os (métatarsiens), comprise entre le tarse et les premières phalanges des orteils. |
| <i>Orthèse</i> | • | • | petits os situés dans l'épaisseur de certains tendons ou près du carpe et du tarse. |
| <i>Phalange</i> | • | • | Altération chronique de diverses articulations, sorte de vieillissement, souvent prématuré, des cartilages articulaires. |
| <i>Métatarse</i> | • | • | Groupe dont les membres sont étroitement unis |
| <i>Sésamoïde</i> | • | • | Appareillage destiné à pallier une déficience fonctionnelle du système locomoteur, d'une articulation. |

2. Réécrivez les phrases en mettant les mots dans l'ordre.

Retrouvez les phrases dans le texte :

a. Les – avancées – permettent – les – gestes – chirurgicaux – les – plus – récentes – techniques – de – pratiquer – à – travers – la – peau.

b. Cette – a – malformation – est – souvent – une – féminine – prédominance – et – bilatérale.

c. Le – problème – d'oignon – souffrant – doit – comprendre – la – nature – de – son – sujet.

3. Donnez la famille lexicale des mots suivants : *suivre, transmettre, présenter.*

4. Reformulez les phrases suivantes en utilisant vos propres mots:

a. Le diagnostic est avant tout clinique, mais des radiographies sont indispensables pour mesurer la déformation et adapter la technique chirurgicale aux spécificités du patient. Les radiographies doivent être effectuées de façon rigoureuse : clichés d'avant-pied de face, profil, et 3/4, patient debout en charge. Ce dernier critère est indispensable car le squelette du pied adopte des positions dans l'espace qui diffèrent selon que le poids du corps repose ou non sur lui. C'est l'état du squelette debout en charge qui doit guider le geste chirurgical.

b. D'autres signes moins fréquents peuvent exister à des degrés divers. Il est important de rappeler que la gêne esthétique ne

doit pas motiver une intervention. En effet, la chirurgie orthopédique s'attache à restaurer une fonction normale et indolore de l'appareil locomoteur. Une chirurgie fonctionnelle motivée par des considérations esthétiques est particulièrement à risque d'échec.

5. Cherchez le substantif qui correspond au verbe :

1. suivre :
2. adopter :
3. charger :
4. accompagner :
5. combiner :

6. Trouvez l'adjectif contraire :

1. motivé :
2. différent :
3. patient :
4. principale :
5. particulier :

7. Reliez les verbes de la colonne de gauche à leurs contraires :

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. restaurer | a. délier |
| 2. lier | b. décharger |
| 3. charger | c. détacher |
| 4. attacher | d. démolir |

LA SCOLIOSE

La **scoliose** est une déviation sinueuse de la colonne vertébrale dans les trois plans de l'espace : inclinaison dans le plan frontal, rotation des vertèbres dans le plan horizontal et inversion des courbures dans le plan sagittal. Il s'agit d'une déformation non réductible, contrairement à l'attitude scoliotique.

Epidémiologie

Entre 1 à 3 % des enfants ont un certain degré de rotation de la colonne vertébrale, la plupart ne nécessitant aucune prise en charge.

La scoliose structurale idiopathique se développe habituellement après la petite enfance, avant la puberté et pendant la croissance pubertaire. Elle atteint en majorité la population féminine (une fois et demi à deux fois plus que chez le garçon), et, généralement, les filles présentent des scolioses plus graves que les garçons. La courbe scoliotique tend à s'aggraver avec le temps. Ce degré de progression est variable selon les individus mais semble plus important dans les cas de scolioses dorsales, lorsque la courbure initiale est déjà importante, ou lorsque le patient n'est pas encore mature.

Causes

Il semblerait que la scoliose ait des origines diverses : génétiques, neurologiques, biomécaniques, environnementales, mais pas posturales. En effet, une scoliose n'est jamais le fruit d'une négligence, ni d'une mauvaise posture. Il s'agit d'une maladie à part

entière liée uniquement à la croissance de la colonne vertébrale. Néanmoins, en période de croissance, une mauvaise posture peut aggraver une scoliose déjà présente (c'est en position assise que les vertèbres se déforment le plus).

Il existe trois types de scoliose : congénitale (secondaire à une malformation vertébrale), syndromique (secondaire à une maladie neuro-musculaire, comme une neurofibromatose, une maladie de Marfan, un syndrome d'Ehlers-Danlos) et idiopathique, la plus fréquente, sans cause retrouvée.

Elle peut apparaître à l'âge adulte et est en règle générale modérée, secondaire à des tassements vertébraux asymétriques.

Il existe une participation génétique, les principaux gènes responsables étant le *TBX6* ou le *POC5*.

La scoliose est dite « vraie » (ou structurale) quand une rotation est associée à la déviation latérale. Ce cas concerne une certaine proportion de la population générale (environ 4 personnes sur 100).

La grande majorité des scolioses de l'enfance sont « idiopathiques », ce qui signifie que leur origine est inconnue, à la différence des scolioses secondaires à une anomalie neuromusculaire, une tumeur, un traumatisme ou une malformation vertébrale. La scoliose idiopathique est à différencier aussi de l'attitude scoliotique, ou scoliose posturale, qui ne comporte pas de rotation des corps vertébraux, et qui se corrige en position couchée. Elle peut aussi être héréditaire. Dans la population, la majorité des scolioses sont légères (inférieures à 20°). Les scolioses moyennes et sévères ne concernent qu'un faible pourcentage de la population.

Evaluation

Examen clinique

Il doit être fait chez un patient dénudé (en sous-vêtement) et debout. Toute asymétrie de longueur des membres inférieurs, visualisée en particulier par une asymétrie de niveau des crêtes iliaques, doit être compensée. Les déformations de la colonne vertébrale peuvent être notées et une déviation latérale peut être quantifiée par rapport à une verticale (fil à plomb dont l'extrémité supérieure est située sur la base du cou (septième vertèbre cervicale). Le niveau d'ascension d'un hémithorax par rapport à l'autre est mesuré sur le patient penché en avant (test d'antéflexion Adams).

L'examen doit être complété par un examen neurologique et cutané à la recherche des rares causes secondaires de scolioses.

De façon plus claire, l'examen clinique vise surtout à apprécier une gibbosité ou un bourrelet lombaire. Cette recherche s'effectue lorsque le patient est penché en avant, mains et pieds joints. La gibbosité définit la scoliose, elle traduit la rotation vertébrale. Elle se manifeste par une déformation des côtes dans la région dorsale (gibbosité) et par une saillie para-spinale dans la région lombaire (bourrelet lombaire). En outre, un côté du tronc est plus proéminent que l'autre.

Radiologie

Les clichés nécessaires sont une radiographie du rachis dorso-lombaire de face et de profil, fait chez un patient debout, avec compensation préalable d'une asymétrie de longueur des membres inférieurs.

Le principal critère d'évaluation de la scoliose est l'« angle de Cobb », qui se mesure sur une radiographie du rachis de face. C'est l'angle formé à partir de l'intersection de deux droites tangentielles l'une au plateau supérieur de la vertèbre limite supérieure, l'autre au plateau inférieur de la vertèbre limite inférieure. Les conventions médicales veulent qu'un angle inférieur à 10 degrés ne soit pas considéré comme une scoliose à part entière. On peut classer les courbures scoliotiques en fonction de leur importance :

- courbes inférieures à 20 degrés : scolioses bénignes (aucun traitement requis la plupart du temps, hormis parfois la kinésithérapie) ;
- courbes comprises entre 20 et 35 degrés : scolioses moyennes (scolioses « orthopédiques ») ;
- courbes comprises entre 35 et 60 degrés : scolioses importantes (Scolioses « chirurgicales » avec potentiel de réduction correct, voire bon) ;
- courbes supérieures à 60 degrés : scolioses très importantes (scolioses « chirurgicales » avec potentiel de réduction satisfaisant, voir correct).

Il existe quatre types principaux de scoliose :

- thoracique (dorsale)
- thoraco-lombaire (dorso-lombaire)
- lombaire
- double

Cette anomalie peut apparaître à des âges différents. On dénombre quatre stades différents d'apparition de la scoliose :

- la scoliose infantile : avant 3 ans. Près de 100 % auront un angle supérieur à 100 °.

- la scoliose juvénile :
 1. de 3 à 7 ans,
 2. de 7 à 11 ans,
 3. de 11 ans aux premières règles.

50 % auront un angle entre 50 et 100.

- scolioses de l'adolescence : après les premières règles.

95 % auront un angle inférieur à 50.

- scolioses dégénératives : apparaissant à l'âge adulte sur un rachis initialement sain, rares.

Dans tous les cas, la radiographie permet d'évaluer l'âge squelettique (signe de Risser basé sur l'apparence des apophyses iliaques), car il constitue un indice des potentialités évolutives de la scoliose.

Histoire naturelle

L'évolution de la scoliose est maximale lors de la poussée de croissance de l'adolescence et elle cesse, en pratique, à l'âge adulte.

Les conséquences à long terme des scolioses idiopathiques sont :

- la gêne respiratoire, avec diminution de la capacité vitale (CV), du VEMS. La diminution de la CV est sévère lorsque la scoliose dorsale dépasse 90° ;
 - les douleurs rachidiennes plus fréquentes que par rapport à un groupe témoin, même si cela n'est pas retrouvé constamment ;
 - la vie quotidienne peut être perturbée, plutôt pendant les périodes de douleurs rachidiennes aiguës ;

- la scoliose peut provoquer, lorsqu'elle est importante, un retentissement psychologique en raison de l'atteinte de l'image corporelle.

Les douleurs rachidiennes et les troubles respiratoires sont d'autant plus importants que l'angle de Cobb est grand. Néanmoins, les scoliose dites « mineures » (inférieures à 20 degrés) ne causent généralement pas de douleurs, surtout si un entretien et un soin du dos est présent.

Non opérée, la scoliose idiopathique a un retentissement variable sur la qualité de vie, en fonction de sa sévérité.

Lorsque l'angle de Cobb est inférieur à 30° en fin de croissance, il est rare qu'elle s'aggrave plus tard. Lorsqu'il est supérieur à 50°, les troubles respiratoires sont d'autant plus importants que cet angle est élevé.

Traitements

Les traitements non chirurgicaux visent à limiter la progression naturelle des scoliose, notamment vers les formes graves, et à réduire le risque de complications respiratoires et douloureuses. Le traitement chirurgical peut, lui, tendre à la réduction de la courbure.

On dispose de la chiropratique de la kinésithérapie, de l'ostéopathie, du port du corset et en dernier recours de la chirurgie. Cette dernière est réservée actuellement aux scoliose importantes. Elle est considérée comme l'échec des traitements médicaux et constitue un dernier recours.

Dans certains cas, uniquement durant l'enfance, il arrive qu'une légère scoliose disparaisse spontanément. Il est également possible, toujours chez l'enfant, de corriger totalement une scoliose par le biais d'un traitement orthopédique. On peut alors parler de « guérison de scoliose ». Cela s'explique par le fait que, durant l'enfance, le squelette possède un potentiel de croissance et de flexibilité unique, qui ne se retrouve plus à l'adolescence. Néanmoins, ces cas ne sont pas fréquents ; et une scoliose débutant dans l'enfance a toutes les chances de devenir sévère par la suite ; d'où l'intérêt d'un dépistage précoce et d'un suivi régulier.

Les indications sont variables suivant le degré de courbure et le pays : les États-Unis sont plutôt attentistes pour la scoliose modérée ou proposent un corset. En Europe, une rééducation est volontiers préconisée à un stade précoce. Il n'existe pas de preuve de la supériorité d'une attitude par rapport à l'autre.

SOURCE: <https://fr.wikipedia.org/wiki/Scoliose>

COMPREHENSION DU TEXTE

1. Répondez aux questions :

- a. Qu'est-ce que la scoliose ?
- b. Quelles sont les principales causes de la scoliose?
- c. Y-a-t-il plusieurs types de scoliose?
- d. En quoi consiste l'examen clinique pour diagnostiquer la scoliose ?
- e. Quels sont les traitements pour la scoliose ?

2. Dites si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses :

- a. La scoliose structurale idiopathique se développe habituellement après la puberté.
- b. Le principal critère d'évaluation de la scoliose est l'« angle de Cobb », qui se mesure sur une radiographie du rachis de face.
- c. Dans certains cas, uniquement durant l'enfance, il arrive qu'une légère scoliose disparaisse spontanément.
- d. Dans la population, la majorité des scoliose sont graves.

EXERCICES DE VOCABULAIRE

1. Associez chaque mot à sa définition :

- | | | | |
|--------------------|---|---|--|
| <i>Guérison</i> | • | • | Le fait de croître, de grandir (organisme). |
| <i>Croissance</i> | • | • | Caractère de ce qui est flexible, se ploie facilement. □ élasticité, souplesse |
| <i>Flexibilité</i> | • | • | Absence de symétrie |
| <i>Asymétrie</i> | • | • | Fait de guérir, de retrouver la santé |

2. Réécrivez les phrases en mettant les mots dans l'ordre.

Retrouvez les phrases dans le texte :

a. La – avant – idiopathique – scoliose – structurale – habituellement – la – croissance – après – la – petite – enfance – se – développe – la – puberté – pendant – et – pubertaire.

b. Il – est – toujours – également – d'un – traitement – possible – chez – corriger – l'enfant – de – totalement – une – scoliose – par – le – biais – orthopédique.

c. Une – débutant – scoliose – l'enfance – dans - a – toutes – de – devenir – les – chances – sévère – par – la – suite.

d. Le – d'évaluation – principal – critère – l'angle – de – la – scoliose – est – de – Cobb.

3. Donnez la famille lexicale des mots suivants : *connaître, apparaître, durer.*

4. Reformulez les phrases suivantes en utilisant vos propres mots :

a. Dans certains cas, uniquement durant l'enfance, il arrive qu'une légère scoliose disparaisse spontanément. Il est également possible, toujours chez l'enfant, de corriger totalement une scoliose par le biais d'un traitement orthopédique. On peut alors parler de « guérison de scoliose ». Cela s'explique par le fait que, durant l'enfance, le squelette possède un potentiel de croissance et de flexibilité unique, qui ne se retrouve plus à l'adolescence. Néanmoins, ces cas ne sont pas fréquents ; et une scoliose débutant dans l'enfance a toutes les chances de devenir sévère par la suite ; d'où l'intérêt d'un dépistage précoce et d'un suivi régulier.

b. Les douleurs rachidiennes et les troubles respiratoires sont d'autant plus importants que l'angle de Cobb est grand. Néanmoins, les scolioses dites « mineures » (inférieures à 20 degrés) ne causent généralement pas de douleurs, surtout si un entretien et un soin du dos est présent. Non opérée, la scoliose idiopathique a un retentissement variable sur la qualité de vie, en fonction de sa sévérité. Lorsque l'angle de Cobb est inférieur à 30° en fin de croissance, il est rare qu'elle s'aggrave plus tard. Lorsqu'il est

supérieur à 50°, les troubles respiratoires sont d'autant plus importants que cet angle est élevé.

5. Cherchez le substantif qui correspond au verbe :

1. progresser :
2. déformer :
3. dévier :
4. nécessiter :
5. croître :

6. Trouvez l'adjectif contraire :

1. variable :
2. inférieur:
3. possible :
4. régulier:
5. présent :

7. Reliez les verbes de la colonne de gauche à leurs contraires :

- | | |
|--------------|----------------|
| 1. paraître | a. finir |
| 2. débiter | b. perdre |
| 3. former | c. disparaître |
| 4. retrouver | d. déformer |

LA CYPHOSE

La **cyphose**, du grec κυρτος qui signifie « courbé », est une courbe convexe décrite par la colonne vertébrale dans le plan sagittal. Elle s'oppose à la lordose, où la colonne décrit une courbe concave. Chez l'homme la colonne vertébrale a quatre courbures naturelles : la lordose cervicale (aspect creusé du cou), suivie de la cyphose thoracique (la bosse du dos), puis la lordose lombaire (creux en bas du dos), enfin la cyphose sacrale/coccygienne. Cette dernière est fixe. Une mauvaise posture se traduit par des modifications des courbes décrites par la colonne : des vertèbres en lordose peuvent décrire une cyphose et le terme désigne alors un état pathologique.

L'**hypercyphose** est une exagération de la cyphose thoracique. Elle est par abus de langage appelée cyphose. L'attitude cyphotique (personne avec un dos arrondi mais qui peut se tenir droite si on lui demande) est à différencier de la cyphose irréductible.

Cyphose naturelle

Ces courbures apparaissent lors du développement. Chez le nourrisson, la colonne est rectiligne ou légèrement concave en avant dans son ensemble. Au moment où l'enfant s'assied, la lordose cervicale apparaît afin d'assurer l'horizontalité du regard. Lorsqu'il se met debout, se forme l'ensellure lombaire qui a pour effet de reporter le centre de gravité vers l'arrière. La cyphose thoracique s'accroît progressivement lors du développement.

La présence de la crosse aortique, ou une faible inégalité de longueur des membres inférieurs ont été invoquées comme origine de la très légère scoliose physiologique à convexité droite, dont le sommet est situé dans la région thoracique haute. En effet, une différence de développement des membres inférieurs est peut-être due à la latéralisation. Celle-ci ne concerne pas seulement l'habileté manuelle, mais le corps entier et même l'usage des yeux. Or dans la marche, il y a toujours un pas plus long que l'autre. Comme la plus grande partie de la population est droitère, il semble normal que cette scoliose soit presque toujours du même côté.

Par contre, pratiquement aucune scoliose idiopathique n'est observée parmi les populations où le port sur la tête est habituel.

Mauvaise posture

La personne ne se tient pas de manière érigée. Ce sont souvent des attitudes cyphotiques mais elles peuvent s'enraidir petit à petit si la personne continue à se tenir mal.

- Terrain : hyperlaxité articulaire et hypotonie musculaire
- Ce déficit postural disparaît en position couchée.
- Il est favorisé par un retard de maturation neuro-motrice

La maladie de Scheuermann

La maladie de Scheuermann est la cause la plus fréquente de cyphose chez les personnes en période de croissance. Elle est retrouvée surtout chez les adolescents qui se tiennent mal ou qui effectuent des travaux lourds.

La **maladie de Scheuermann** est une dystrophie rachidienne apparaissant au cours de la croissance et provoquant une cyphose dorsale douloureuse. De nombreuses autres appellations ont été utilisées : cyphose juvénile, épiphysite

vertébrale de croissance, ostéochondrose juvénile vertébrale, cyphose douloureuse des adolescents, etc. La maladie de Scheuermann tient son nom de son découvreur, Olgar Scheuermann, médecin radiologue danois qui a décrit en 1921 les lésions caractéristiques de la cyphose des apprentis horlogers.

L'hypercyphose essentielle de Stagnara

L'hypercyphose essentielle de Stagnara ou « hypercyphose régulière » se caractérise par :

- une courbure thoracique à grand rayon ;
- notion d'aggravation en période pubertaire (comme pour la scoliose idiopathique) ;
- douloureuse.

Autres causes

- Malformations vertébrales
- Spondylose rhizomélique
- Hypercyphoses angulaires
- Atteintes neurologiques
- Maladie de Paget

Traitement

- Kinésithérapie
- Musculation
- Chirurgie
- Opération dorsale
- Port éventuel d'un corset : pour cela, il faut consulter dans un service spécialisé en orthopédie, service spécialisé dans les études rachidiennes ou dans un service de rééducation.

SOURCE : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Kinésithérapie>

COMPREHENSION DU TEXTE

1. Répondez aux questions :

- a. Qu'est-ce que la cyphose ?
- b. Par quoi se caractérise l'hypercyphose ?
- c. Quelles sont les caractéristiques de la maladie de Scheuermann ?
- d. Quelles sont les causes qui déterminent l'apparition de la cyphose ?
- e. Quels sont les traitements possibles en cas de cyphose ?

2. Dites si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses :

a. La maladie de Scheuermann est la cause la plus fréquente de cyphose chez les personnes en période de croissance.

b. La **maladie de Scheuermann** est une dystrophie rachidienne apparaissant au cours de la croissance et provoquant une cyphose dorsale douloureuse.

c. L'attitude cyphotique (personne avec un dos arrondi mais qui peut se tenir droite si on lui demande) est la même chose que la cyphose irréductible.

d. L'**hypercyphose** est une exagération de la cyphose thoracique.

EXERCICES DE VOCABULAIRE

1. Associez chaque mot à sa définition :

- | | | | |
|-------------------|---|---|---|
| <i>Lordose</i> | • | • | Science qui a pour objet l'étude des maladies, des effets qu'elles provoquent (lésions, troubles). |
| <i>Pathologie</i> | • | • | Anomalie de développement ou dégénérescence d'un organe ou d'une structure anatomique. |
| <i>Ensellure</i> | • | • | Courbure (normale) de la colonne vertébrale lombaire ou dorsolombaire, à concavité postérieure. |
| <i>Aorte</i> | • | • | Concavité très prononcée de la région lombaire, chez les quadrupèdes; cambrure de la colonne vertébrale, chez l'homme. |
| <i>Dystrophie</i> | • | • | Artère qui prend naissance à la base du ventricule gauche du cœur, tronc d'origine de tout le système artériel, comprenant trois parties : <i>la crosse de l'aorte, l'aorte thoracique et l'aorte abdominale.</i> |

2. Réécrivez les phrases en mettant les mots dans l'ordre. Retrouvez les phrases dans le texte :

a. Une – mauvaise – posture – par – la – colonne – par – des modifications – se – traduit – des – courbes – décrites.

b. Une – différence – inférieurs – de – développement – à – la – latéralisation – des – membres – est – peut-être – due.

c. Chez – le – concave – nourrisson, – la – colonne – est – ou – en – avant – légèrement – rectiligne – dans – son – ensemble.

d. Au – moment – cervicale – où – l'enfant – s'assied – la – lordose – du – regard – afin – apparaît – d'assurer – l'horizontalité.

3. Donnez la famille lexicale des mots suivants : *tenir, habituer, écrire.*

4. Reformulez les phrases suivantes en utilisant vos propres mots :

a. L'**hypercyphose** est une exagération de la cyphose thoracique. Elle est par abus de langage appelée cyphose. L'attitude cyphotique (personne avec un dos arrondi mais qui peut se tenir droite si on lui demande) est à différencier de la cyphose irréductible.

b. La **maladie de Scheuermann** est une dystrophie rachidienne apparaissant au cours de la croissance et provoquant une cyphose dorsale douloureuse. De nombreuses autres appellations ont été utilisées : cyphose juvénile, épiphysite vertébrale de croissance, ostéochondrose juvénile vertébrale, cyphose douloureuse des adolescents, etc. La maladie de Scheuermann tient son nom de son découvreur, Olgar

Scheuermann, médecin radiologue danois qui a décrit en 1921 les lésions caractéristiques de la cyphose des apprentis horlogers.

5. Cherchez le substantif qui correspond au verbe :

1. décrire :
2. utiliser :
3. découvrir :
4. manifester :

6. Trouvez l'adjectif contraire :

1. arrondi :
2. douloureux :
3. réversible :
4. réductible :

7. Reliez les verbes de la colonne de gauche à leurs contraires :

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. accentuer | a. contester |
| 2. assurer | b. cesser |
| 3. développer | c. atténuer |
| 4. continuer | d. régresser |

L'INFARCTUS DU MYOCARDE

L'**infarctus du myocarde** (IDM étant une abréviation courante) est une nécrose (mort de cellules) d'une partie du muscle cardiaque secondaire due à un défaut d'apport sanguin (ischémie) dans le cadre de la maladie coronarienne. En langage courant, on l'appelle le plus souvent une « **crise cardiaque** » ou simplement infarctus. Il se produit quand une ou plusieurs artères coronaires se bouchent, les cellules du myocarde (le muscle constituant le cœur) irriguées par cette (ou ces) artère(s) ne sont alors plus oxygénées, ce qui provoque leur souffrance (douleur ressentie) et peut aboutir à leur mort (cicatrice de l'infarctus qui persistera habituellement). La zone « infarctée » ne se contractera plus correctement.

Anatomie et terminologie

Il existe deux artères coronaires, l'artère coronaire droite et l'artère coronaire gauche. Cette dernière est à l'origine de deux grandes branches (inter-ventriculaire antérieure et circonflexe). Elles donnent d'autres branches d'importance inégale. Ces artères irriguent (apportent du sang - de l'oxygène) chacune des différentes zones du cœur. La notion d'infarctus est ainsi variable, en fonction de (ou des) artère(s) touchée(s) et de l'importance de la souffrance du tissu musculaire cardiaque (myocarde).

Suivant la topographie

Suivant l'extension anatomique, on distinguait classiquement les infarctus *trans-muraux*, c'est-à-dire intéressant la

totalité de l'épaisseur du muscle cardiaque (myocarde), des *non trans-muraux*, ces derniers étant séparés en « rudimentaire » et en « sous-endocardiques » (intéressant la partie interne du myocarde, au contact du sang des cavités). Cette distinction a été mise en correspondance avec les différents types de présentation sur l'électrocardiogramme (ECG) :

- l'infarctus transmural correspondant à la présence d'une onde Q large et profonde,
- l'infarctus sous-endocardique correspondant à un sous décalage du segment ST,
- l'infarctus rudimentaire correspondant à une onde T négative.

Cette correspondance anatomo-électrocardiographique, très en vogue dans les années 1970-80, s'est révélée être très souvent erronée et n'est plus utilisée dans les publications internationales.

De même, on distinguait les infarctus « antérieurs » ou « antéro-septaux », les « postéro-diaphragmatiques », les « inféro-basaux » sur des critères uniquement électrocardiographiques en supputant une correspondance bijective avec l'artère lésée. Cette relation est cependant loin d'être absolue et cette terminologie est également progressivement abandonnée.

Actuellement, la classification des infarctus repose uniquement sur des critères électrocardiographiques sans préjuger de l'atteinte réelle anatomique. On distingue ainsi :

- les infarctus avec élévation du segment ST (STEMI) (correspondant à peu près aux anciens « infarctus avec onde Q »)

- les infarctus sans élévation du segment ST (NSTEMI) (correspondant à peu près aux anciens « infarctus sans onde Q »)

Le territoire de l'infarctus est nommé suivant la topographie des signes électrocardiographiques : un infarctus antérieur correspond à un infarctus dont l'onde Q est visible dans les dérivations situés « en avant » (V1-V2-V3) et non pas à un infarctus intéressant la partie antérieure du myocarde (même si c'est souvent le cas).

On distingue ainsi :

- les infarctus antérieurs (en V1-V2-V3 sur l'ECG) ;
- les infarctus inférieurs (en D2, D3 et VF) ;
- les infarctus postérieurs (en V7-V8-V9) ;
- les infarctus apicaux (V4, V5 et V6) ;
- les infarctus latéraux (D1, VL).

Suivant le temps:

- Un infarctus « aigu » arrive à l'hôpital avant la douzième heure du début de la douleur : le problème essentiel est alors de déboucher l'artère coronaire pour sauvegarder le maximum de muscle cardiaque.

- Un infarctus sub-aigu ou « semi-récemment » arrive au-delà de la douzième heure. Le problème n'est plus la désobstruction de l'artère responsable, l'essentiel des dégâts étant déjà fait, mais d'éviter les complications.

Suivant le mécanisme ou le mode de présentation :

Cette classification est essentiellement un outil de travail à visée épidémiologique. Elle a été définie en 2007 par un panel d'experts internationaux. Elle classe les infarctus en cinq types :

1. infarctus sur lésion d'une ou plusieurs coronaires ;

2. infarctus sur ischémie myocardique sans lésion d'une coronaire (spasme, thrombose...) ;
3. mort subite ;
4. infarctus conséquence d'une complication d'une angioplastie (la thrombose d'un stent étant catégorisée en 4b) ;
5. infarctus conséquence d'une complication d'un pontage aorto-coronarien.

Un type particulier survient lorsqu'une prise en charge médicale rapide permet, d'une manière ou d'une autre, une désobstruction de l'artère coronaire suffisamment rapide pour qu'il n'y ait aucune séquelle, voire, aucune augmentation des enzymes myocardiques signant l'absence, de fait, de nécrose. On parle alors d' *infarctus avorté*.

Facteurs de risque

Les facteurs de risque essentiels aujourd'hui reconnus sont ceux de l'athérome :

- l'âge
- le sexe (masculin)
- l'hérédité (infarctus dans la famille)
- le tabac (ou le tabagisme passif)
- l'excès de cholestérol
- le diabète
- l'hypertension artérielle
- le stress
- la sédentarité
- l'insomnie

Les symptômes

Le symptôme est la douleur thoracique. Elle concerne la région rétro-sternale (en arrière du sternum). Elle est violente, habituellement intense (sensation « d'étau broyant la cage thoracique »), prolongée et non (ou peu) sensible à la trinitrine (la trinitrine soulage les douleurs d'angine de poitrine). Elle est dite *pan-radiante*, irradiant dans le dos, la mâchoire, les épaules, le bras, la main gauche, l'épigastre (estomac). Elle est angoissante, oppressante (difficultés à respirer). Une activité physique ou un stress émotionnel sont parfois retrouvés comme facteur déclenchant.

Cette description correspond à la forme typique et caractérisée. En pratique, toutes les variations existent, jusqu'à l'infarctus asymptomatique (sans douleur, sans gêne respiratoire, sans angoisse, ou encore sans malaise), L'infarctus du myocarde étant découvert à l'occasion d'un électrocardiogramme «systématique», par exemple lors d'un bilan de santé.

Sur le plan symptomatique, il existe des formes dites *plus trompeuses*, douleurs limitées à une (ou à des) irradiation(s), des formes *particulières*, *digestives* à type de douleurs épigastriques (région de l'estomac), abdominales hautes, des formes où prédominent telle ou telle manifestation (par exemple *vagale*, avec sueurs, malaise, sensation de chaleur, éructations), des formes limitées à une oppression angoissante, des formes dominées par une complication ; malaises, mort subite, œdème pulmonaire (essoufflement aigu inexplicé), choc cardiogénique (pouls et tension imprenables), tamponnade (compression du cœur par un

épanchement), troubles du rythme (palpitations, malaise), des formes psychiatriques (brutale désorientation), fièvre isolée.

Devant toute manifestation dont on ne possède pas la certitude du diagnostic et/ou chez des personnes dont les facteurs de risques sont prédominants, effectuer un électrocardiogramme (ECG) permet de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'infarctus du myocarde.

Signes physiques

L'examen d'un patient présentant un infarctus non compliqué est pauvre en signes cliniques. C'est l'interrogatoire qui fait l'essentiel du diagnostic, l'examen clinique ne permettant que d'éliminer certains diagnostics ou de dépister des complications.

On peut parfois percevoir, à l'auscultation cardiaque, un bruit dit de *galop* (trouble du remplissage du ventricule), un frottement traduisant un épanchement péricardique (tunique qui entoure le cœur). Mais ce n'est pas une péricardite habituelle (inflammation en règle virale et bénigne du péricarde, structure qui entoure le cœur et lui permet d'avoir des mouvements de contraction).

Signes de gravité

On peut les classer en plusieurs catégories :

Liés au *terrain* :

- l'âge
- le diabète (risque accru de choc cardiogénique)
- maladie grave associée

Liés à la dysfonction cardiaque :

- infarctus étendu (diagnostic électrique - sur l'électrocardiogramme)

- insuffisance cardiaque
- œdème pulmonaire
- choc cardiogénique

Liés à des complications mécaniques de l'infarctus :

- tamponnade (compression du cœur par un épanchement)
- communication inter ventriculaire
- rupture de paroi (latérale ou autre)
- insuffisance valvulaire aigüe (insuffisance mitrale par dysfonction ou rupture de pilier)

Liés à un trouble du rythme (tachycardie ventriculaire) ou de la conduction (blocs auriculo-ventriculaires).

Il existe des scores tenant compte de plusieurs paramètres et qui sont corrélés avec l'évolution de la maladie. L'un des plus utilisés est le score GRACE (Global Registry for Acute Coronary Events : registre global des événements coronariens aigus). Il prend en compte l'âge du patient, la fréquence cardiaque, la pression artérielle à l'arrivée, la fonction rénale, la présence ou non de signes d'insuffisance cardiaque (classe Killip), ainsi que certaines circonstances péjoratives (arrêt cardiaque).

SOURCE : <https://fr.wikipedia.org>

COMPREHENSION DU TEXTE

1. Répondez aux questions :

- a. Qu'est-ce que l'infarctus du myocarde?
- b. Quelles sont les causes qui prédisposent à l'infarctus du myocarde ?
- c. Quels sont les types d'infarctus qu'on distingue suivant la topographie des signes électrocardiographiques?
- d. Quels sont les facteurs de risque qui caractérisent l'infarctus du myocarde ?
- e. Quels sont les symptômes qui caractérisent le déclenchement de l'infarctus du myocarde ?

2. Dites si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses :

- a. L'infarctus du myocarde est rarement appelé « crise cardiaque ».
- b. L'infarctus du myocarde se produit quand les artères sont fortement oxygénées.
- c. L'examen d'un patient présentant un infarctus non compliqué est pauvre en signes cliniques.
- d. L'un des principaux symptômes de l'infarctus du myocarde est la douleur thoracique.

EXERCICES DE VOCABULAIRE

1. Associez chaque mot à sa définition :

- | | | | |
|-----------------------|---|---|--|
| <i>Nécrose</i> | • | • | Modification de la structure normale d'une partie de l'organisme, à la suite d'une affection, d'un accident. |
| <i>Angioplastie</i> | • | • | Opération qui consiste à enlever d'une cavité ou d'un conduit les matières qui les bouchent |
| <i>Lésion</i> | • | • | Altération d'un tissu consécutive à la mort de ses cellules |
| <i>Désobstruction</i> | • | • | Opération qui consiste à enlever d'une cavité ou d'un conduit les matières qui les bouchent |
| <i>Péricarde</i> | • | • | Opération visant à réparer ou remodeler un vaisseau |

2. Réécrivez les phrases en mettant les mots dans l'ordre.

Retrouvez les phrases dans le texte :

a. Il – existe – artères – coronaires, – l'artère– deux – coronaire –et – droite – l'artère – coronaire – gauche.

b. En – courant – langage – on – l'appelle – le – souvent – plus – une – crise – cardiaque – ou – infarctus – simplement.

c. L'examen – présentant – d'un – patient – un – non – compliqué – infarctus – est – pauvre – cliniques – en – signes.

d. La – d'infarctus – notion – est – ainsi – variable – en – fonction – de – (ou des) – artère(s) – de – la – souffrance – touchée(s) – et – de – musculaire – l'importance – du – cardiaque – tissu – (myocarde).

3. Donnez la famille lexicale des mots suivants : *lier, suffire, nommer.*

4. Reformulez les phrases suivantes en utilisant vos propres mots :

a. L'examen d'un patient présentant un infarctus non compliqué est pauvre en signes cliniques. C'est l'interrogatoire qui fait l'essentiel du diagnostic, l'examen clinique ne permettant que d'éliminer certains diagnostics ou de dépister des complications. On peut parfois percevoir, à l'auscultation cardiaque, un bruit dit de *galop* (trouble du remplissage du ventricule), un frottement traduisant un épanchement péricardique (tunique qui entoure le cœur). Mais ce *n'est pas* une péricardite habituelle (inflammation en règle virale et bénigne du péricarde, structure qui entoure le cœur et lui permet d'avoir des mouvements de contraction).

b. Sur le plan symptomatique, il existe des formes dites *plus trompeuses*, douleurs limitées à une (ou à des) irradiation(s), des formes *particulières, digestives* à type de douleurs épigastriques (région de l'estomac), abdominales hautes, des formes où prédominent telle ou telle manifestation (par exemple *vagale*, avec sueurs, malaise, sensation de chaleur, éructations), des formes

limitées à une oppression angoissante, des formes dominées par une complication ; malaises , mort subite, œdème pulmonaire (essoufflement aigu inexpliqué), choc cardiogénique (pouls et tension imprenables) , tamponnade (compression du cœur par un épanchement), troubles du rythme (palpitations, malaise), des formes psychiatriques (brutale désorientation), fièvre isolée.

5. Cherchez le substantif qui correspond au verbe :

1. expliquer :
2. isoler :
3. former :
4. opprimer :
5. limiter :
6. palpiter :

6. Trouvez l'adjectif contraire :

1. aigu :
2. haut :
3. habituel :
4. compliqué :
5. fort :

7. Reliez les verbes de la colonne de gauche à leurs contraires :

- | | |
|---------------|-----------------|
| 1. contracter | a. régresser |
| 2. progresser | b. affirmer |
| 3. compliquer | c. décontracter |
| 4. nier | d. simplifier |

LA HERNIE DISCALE I

Une *hernie discale* est une lésion atteignant le rachis et caractérisée par le déplacement d'une partie d'un disque intervertébral hors des limites de sa situation normale. En principe, cette hernie est la conséquence d'une ouverture dans l'anneau fibreux laissant passer une partie du noyau pulpeux, plus mou, à l'extérieur de cet anneau. La hernie discale est habituellement en rapport avec une lésion dégénérative du disque liée à l'âge, pouvant être favorisée par un traumatisme ou des efforts répétés. Le plus souvent la hernie est localisée au niveau postérolatéral, ce qui est favorisé par la présence du ligament longitudinal postérieur dans le canal vertébral.

En principe, la douleur résulte de la compression d'une racine d'un nerf spinal, l'exemple le plus fréquent étant la lombosciatique résultant d'une hernie discale de niveau lombaire. Par ailleurs, la fissure du disque préalable à la hernie pourrait être à l'origine de la libération de médiateurs inflammatoires, ce qui pourrait expliquer des douleurs en l'absence de compression tissulaire. Les symptômes en rapport avec la hernie discale sont le plus souvent d'évolution favorable en quelques semaines avec un traitement médical symptomatique. Rarement, un traitement chirurgical est requis.

Localisation

Les disques intervertébraux sont situés comme leur nom l'indique entre deux vertèbres sus - et sous-jacentes, au niveau du

rachis cervical, thoracique et lombaire. Il n'y a cependant pas de disque entre les vertèbres C1 et C2 qui s'articulent différemment. Il existe également un disque entre la cinquième vertèbre lombaire et le sacrum. On distingue au total 23 disques intervertébraux, nommés d'après les vertèbres adjacentes.

On décrit une hernie selon sa direction. Ainsi, dans le plan axial, on décrit les hernies médianes, postérolatérales ou paramédianes, foraminales et extraforaminales. Dans le plan sagittal, on décrit les hernies ascendantes et descendantes. On distingue les hernies exclues (vis-à-vis du ligament longitudinal postérieur), saillantes (par définition) ou non (forme incomplète de hernie discale).

La majorité des hernies discales surviennent au niveau du rachis lombaire, l'immense majorité concernant les disques L4-L5 ou L5-S1. Le deuxième site en termes de fréquence est le rachis cervical, le plus souvent au niveau C5-C6 ou C6-C7. Le rachis thoracique est rarement atteint.

La hernie est habituellement en position postérolatérale, endroit où l'anneau fibreux est relativement plus fin et non soutenu par le ligament longitudinal antérieur. Les différences anatomiques entre les portions du rachis expliquent qu'une hernie de position postérolatérale comprime un nerf passant dans un trou de conjugaison de même niveau (pour le rachis cervical) ou de niveau directement inférieur (pour le rachis thoracique et lombaire). Ainsi, par exemple, une telle hernie de niveau C5-C6 comprime le nerf C6 (trou de conjugaison C5-C6) et une même hernie de niveau L5-S1 comprime le nerf S1 (trou de conjugaison S1-S2).

Dans le cas d'une hernie discale lombaire, les nerfs entrant dans la constitution du nerf sciatique et du nerf fémoral peuvent être atteints. Dans le cas d'une hernie discale cervicale, les nerfs qui participent au plexus cervical ou au plexus brachial peuvent être concernés.

Physiopathologie

La hernie discale résulte habituellement de la progression d'une protrusion discale, c'est-à-dire une lésion incomplète de l'anneau fibreux permettant une saillie intermittente, selon les contraintes exercées sur le disque. Cette saillie est permanente lorsque survient la hernie.

Il ne s'agit pas d'un simple glissement de disque, ce dernier ayant de nombreux moyens de fixation aux vertèbres adjacentes. Il peut être comprimé, étiré ou tordu, le tout à faibles degrés. Les lésions du disque peuvent être des déchirures ou des arrachements pouvant aboutir à une hernie. Il faut cependant noter qu'un glissement est possible au cours de l'enfance, ce que l'on appelle spondylolisthésis.

La hernie discale peut résulter d'une usure d'origine dégénérative, souvent favorisée par des efforts répétés de soulèvement, pouvant être en rapport avec le travail. En position debout, la pression est également répartie sur l'ensemble de la surface du disque, et lors d'un mouvement de flexion antérieure au cours d'un effort de soulèvement la pression locale peut être considérablement augmentée.

La hernie postérieure est favorisée par la compression de la portion antérieure du disque lors de la flexion antérieure du tronc, ce qui entraîne la poussée du noyau pulpeux contre la portion

postérieure de l'anneau fibreux. Ceci peut aboutir à la rupture de l'anneau fibreux et au déplacement progressif du contenu du noyau pulpeux à travers cette lésion vers le canal vertébral. La compression d'un nerf spinal du fait d'une hernie entraîne des symptômes décrits plus bas.

Certains facteurs génétiques ont pu être identifiés, comme des mutations de gènes codant pour des protéines de régulation de la matrice extracellulaire tels que MMP2 ou THBS2.

Certains éléments laissent à penser que la névralgie peut être en rapport avec une inflammation. Des éléments plaident en faveur d'un des médiateurs inflammatoires en particulier, le tumor necrosis factor alpha (TNF alpha). Cette molécule est présente lors d'un syndrome de la queue de cheval. Elle est cependant également retrouvée en cas d'arthrose articulaire postérieure. Cette molécule pourrait aussi contribuer aux lésions dégénératives du disque.

Epidémiologie

Dans la grande majorité des cas, le siège de la hernie est lombaire. Le disque en cause est moins souvent de niveau cervical ou thoracique, représentant respectivement 8 % et 2 %. La plupart des cas de hernies discales survient entre les âges de 30 et 50 ans. Chez les sujets plus âgés, le noyau pulpeux a une structure plus dense, ce qui diminue le risque de survenue d'une hernie. Selon certains résultats, environ 5 % des hommes et 3 % des femmes de plus de 35 ans ont déjà eu un épisode de lombosciatique.

SOURCE: https://fr.wikipedia.org/wiki/Hernie_discale

COMPREHENSION DU TEXTE

1. Répondez aux questions :

- a. Qu'est-ce qu'une hernie discale ?
- b. Quelle est la cause des douleurs dans le cas d'une hernie discale ?
- c. Quels sont les facteurs qui peuvent contribuer à l'apparition d'une hernie discale ?
- d. En fonction de quels paramètres peut-on décrire une hernie discale ?

2. Dites si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses :

a. La hernie discale est habituellement en rapport avec une lésion dégénérative du disque liée à l'âge, pouvant être favorisée par un traumatisme ou des efforts répétés.

b. Les hernies discales ne surviennent jamais au niveau du rachis lombaire.

c. La hernie discale peut résulter d'une usure d'origine dégénérative, souvent favorisée par des efforts répétés de soulèvement, pouvant être en rapport avec le travail.

d. Dans le cas d'une hernie discale lombaire, les nerfs entrant dans la constitution du nerf sciatique et du nerf fémoral ne peuvent jamais être atteints.

EXERCICES DE VOCABULAIRE

1. Associez chaque mot à sa définition :

- | | | | |
|-----------------------|---|---|---|
| <i>Traumatisme</i> | • | • | Colonne vertébrale, épine dorsale. |
| <i>Sciatique</i> | • | • | Sciatique associée à des douleurs lombaires. |
| <i>Spondylite</i> | • | • | Douleur sur le trajet du nerf sciatique, due à l'inflammation ou à la compression de ses racines à leur émergence du canal vertébral et pouvant s'accompagner d'une faiblesse musculaire. |
| <i>Rachis</i> | • | • | Ensemble des troubles physiques ou psychiques provoqués dans l'organisme par le trauma. |
| <i>Lombosciatique</i> | • | • | Inflammation d'un ou de plusieurs corps vertébraux associée à celle des disques intervertébraux correspondants. |

2. Réécrivez les phrases en mettant les mots dans l'ordre.

Retrouvez les phrases dans le texte :

- a. La – hernie – de – la – portion – est – favorisée – par – la – compression – du – tronc – antérieure – du – disque – lors – postérieure – de – la – flexion – antérieure.

b. Dans – la – grande – lombaire – des – cas – le – siège – majorité – de – la – hernie – est.

c. La – hernie – dégénérative – d'une – usure – discale – peut – résulter – d'origine.

3. Donnez la famille lexicale des mots suivants : *considérer, habituer, générer.*

4. Reformulez les phrases suivantes en utilisant vos propres mots :

a. La hernie discale résulte habituellement de la progression d'une protrusion discale, c'est-à-dire une lésion incomplète de l'anneau fibreux permettant une saillie intermittente, selon les contraintes exercées sur le disque. Cette saillie est permanente lorsque survient la hernie. Il ne s'agit pas d'un simple glissement de disque, ce dernier ayant de nombreux moyens de fixation aux vertèbres adjacentes. Il peut être comprimé, étiré ou tordu, le tout à faibles degrés. Les lésions du disque peuvent être des déchirures ou des arrachements pouvant aboutir à une hernie. Il faut cependant noter qu'un glissement est possible au cours de l'enfance, ce que l'on appelle spondylolisthésis.

b. Dans le cas d'une hernie discale lombaire, les nerfs entrant dans la constitution du nerf sciatique et du nerf fémoral peuvent être atteints. Dans le cas d'une hernie discale cervicale, les nerfs qui participent au plexus cervical ou au plexus brachial peuvent être concernés.

5. Cherchez le substantif qui correspond au verbe :

1. léser :.....
2. déchirer :.....
3. constituer :.....
4. participer :.....
5. contribuer :.....
6. aboutir :.....

6. Trouvez l'adjectif contraire :

1. permanent :.....
2. âgé :.....
3. dense :.....
4. intermittent :.....

7. Reliez les verbes de la colonne de gauche à leurs contraires :

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. permettre | a. s'absenter |
| 2. participer | b. résumer |
| 3. savoir | c. interdire |
| 4. détailler | d. ignorer |

LA HERNIE DISCALE II

Symptômes et diagnostique

Les symptômes d'une hernie discale dépendent du disque atteint et de la localisation précise de la hernie. Ainsi la hernie peut être asymptomatique, responsable de douleur du dos (lombalgie, cervicalgie ou dorsalgie d'intensité variable, de douleur neurogène dans le territoire cutané innervé par un nerf comprimé par le disque. La douleur est alors le plus souvent localisée à un membre inférieur. Dans le même territoire peuvent exister des troubles sensitifs comme un engourdissement, des picotements, (paresthésie, dysesthésie). Il peut exister une faiblesse musculaire touchant les muscles innervés par ce même nerf.

Une étude sur le rachis cervical menée sur un petit échantillon de personnes asymptomatiques a montré une protrusion discale chez la moitié des sujets, ce qui suggère qu'une part non négligeable de la population générale est porteuse d'une hernie discale asymptomatique.

Le plus souvent un seul nerf est atteint. Cependant lorsque la hernie est de taille importante, plusieurs nerfs peuvent être touchés, constituant le syndrome de la queue de cheval lorsque la hernie est de niveau lombaire. Les signes assoient l'atteinte de plusieurs nerfs, ce qui peut se traduire notamment par des troubles sphinctériens (pollakiurie, dysurie, incontinence fécale, constipation) ou une dysfonction sexuelle.

Diagnostique

Le diagnostic est établi par un médecin sur la base de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Des examens complémentaires peuvent être demandés en fonction de la présentation, dans le but de confirmer le diagnostic en vue d'un traitement envisagé, ou de rechercher d'autres pathologies comme un spondylolisthésis, une pathologie dégénérative, une tumeur.

Le médecin peut ainsi diagnostiquer :

- une lombosciatique lorsque les racines L5 ou S1 sont atteintes,
- une lombocruralgie lorsque les racines L3 ou L4 sont atteintes,
- une névralgie cervico-brachiale lorsque les racines C6, C7, C8 ou T1 sont atteintes,
- une névralgie intercostale lorsqu'une racine entre T2 et T11 est atteinte,
- un syndrome de la queue de cheval lorsque les racines S2 à S4 sont atteintes,
- une compression médullaire lorsque la moelle est atteinte (cas très rare).

Examen clinique

L'examen clinique peut retrouver un signe de Lasègue, signe très sensible mais peu spécifique. Ainsi, son absence permet de rendre moins probable le diagnostic de hernie discale lombaire basse. Une manœuvre similaire peut être réalisée lorsque le patient est assis, cependant la sensibilité de cette méthode est moindre. Les signes cliniques peuvent également inclure le signe de Léri, déficit

sensitif, parésie, abolition de réflexe ostéotendineux, parfois trouble sphinctérien.

Il existe d'autres tests cliniques comme :

- le test de Spurling, qui permet de repérer les pathologies foraminales de la douleur ;
- le test d'Erb (décrit par le neurologue allemand Wilhelm Erb), qui permet de repérer les douleurs d'étirement du paquet vasculo-nerveux constituant le plexus brachial lié à une hernie discale (vrai Erb), d'un syndrome canalaire du membre supérieur ;
- le test de compression axiale qui permet de rechercher un conflit discal et peut aiguiller le diagnostic médical. La clinique est suffisante pour poser le diagnostic de radiculaire, et permet de présumer son origine en rapport avec une hernie discale, sans l'affirmer. En dehors de l'urgence (atteinte paralysante ou syndrome de la queue de cheval), le diagnostic formel de hernie discale est d'ailleurs inutile les premières semaines, puisqu'il n'y a pas d'incidence thérapeutique tant qu'une intervention chirurgicale n'est pas envisagée.

Examens complémentaires

Les examens complémentaires ne sont nécessaires que si une intervention chirurgicale est probable, soit devant l'échec d'un traitement médical bien conduit et suffisamment prolongé, soit en urgence dans le cas d'une atteinte paralysante ou du syndrome de la queue de cheval. Ils peuvent aussi être réalisés lorsqu'un autre diagnostic est évoqué.

La radiographie est limitée pour l'analyse des tissus mous (disque, muscle, nerf) et ne permet donc pas de montrer une hernie.

Cependant, elle est utilisée dans le cadre du diagnostic différentiel avec une tumeur, une infection ou une fracture par exemple. Elle a par ailleurs un coût faible par rapport aux autres techniques.

La tomодensitométrie permet d'établir une image montrant la hernie discale, bien qu'elle soit parfois difficile à mettre en évidence. Elle peut montrer également le canal vertébral, son contenu et les structures adjacentes.

L'imagerie par résonance magnétique peut montrer la hernie, le canal vertébral, les nerfs, les tissus environnants. Les tissus mous sont les mieux analysés par cet examen qui est le plus performant pour le diagnostic de hernie discale. Les images pondérées en T2 montrent clairement la hernie.

La myélographie est une radiographie effectuée avec injection de produit de contraste dans l'espace méningé. Elle permet de visualiser des lésions qui empiètent sur l'espace du canal rachidien, telles que les hernies ou les tumeurs. Le myéloscanner utilise la même technique, associée à la tomодensitométrie ; il permet de visualiser encore mieux les lésions.

L'électromyogramme permet d'étudier la conduction au niveau des nerfs. Il peut orienter vers un dysfonctionnement d'un nerf et déterminer la localisation de cette anomalie. Son utilité est limitée.

La stimulation magnétique transcrânienne permet de mesurer la conduction nerveuse au sein de la moelle épinière. Elle permet de mettre en évidence une anomalie de la moelle ainsi que de la localiser, ce qui peut être utile lorsqu'il existe plusieurs hernies cervicales potentiellement responsables. Elle permet également de suivre l'évolution de la lésion et a un intérêt pour le diagnostic différentiel.

Traitement

Dans la plupart des cas, le traitement de la hernie discale est symptomatique et repose sur un traitement médical. Dans le cas d'une lombosciatique, ce traitement est le plus souvent suffisant.

Traitement médicamenteux

Le traitement médical comporte habituellement un antalgique ou un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS).

Infiltration

Une infiltration de corticoïde est parfois réalisée, à proximité du nerf touché ; un tel traitement semble avoir une efficacité sur quelques mois. La réponse au traitement semble dépendre de l'extension de la compression du nerf en cause, définie à l'aide de critères radiologiques : présence de graisse épidurale et de liquide cérébrospinal, et aspect du nerf. Ainsi, un aspect de compression importante est associé à un taux d'échec plus important. Les complications résultant de techniques d'infiltration inadaptées sont rares.

Traitement fonctionnel

Plusieurs techniques de kinésithérapie sont disponibles. Dans le cas de la hernie discale lombaire, des moyens thérapeutiques tels que l'éducation du patient sur la mécanique du corps, la physiothérapie (avec des techniques telles que les ultrasons, le massage, le conditionnement, un programme d'exercice), la perte de poids ou le port de ceinture de soutien lombosacré peuvent être utilisés.

La kinésithérapie a une efficacité variable selon les caractéristiques du patient. Les facteurs à prendre en compte sont le seuil de douleur et le retentissement de la symptomatologie, pouvant aller d'un simple inconfort à une impotence majeure. L'exercice physique est une des modalités possibles de traitement, pouvant faire appel à certains appareils de musculation.

La manipulation vertébrale pourrait avoir une efficacité à court terme dans le traitement de la hernie discale lombaire. Il n'y a pas vraiment de preuve concernant un traitement à long terme pour la hernie de siège lombaire. C'est également le cas pour la hernie cervicale. La manipulation vertébrale semble sûre lorsqu'elle est pratiquée par un professionnel qualifié. Cependant, selon l'OMS, la manipulation vertébrale est contre-indiquée en cas de déficit neurologique progressif (cas du syndrome de la queue de cheval par exemple)

La décompression non chirurgicale n'est pas une technique étayée. Cette méthode est très controversée.

Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical est en principe utilisé en dernier recours, sauf en cas de déficit neurologique significatif ou d'un syndrome de la queue de cheval qui sont des urgences chirurgicales.

Concernant le recours à la chirurgie hors contexte d'urgence, une méta-analyse de la *Cochrane Collaboration* a conclu en l'existence de preuves limitées en faveur de la chirurgie. D'autres études semblent aller dans le même sens.

Les techniques chirurgicales sont nombreuses ; on peut citer la chimionucléolyse (dissolution du matériel hernié), la nucléoplastie, l'annuloplastie électrothermique intradiscale, la discectomie, la méthode Tessys, la laminectomie, l'hémilaminectomie, la fusion lombaire (en cas de hernie lombaire répétée), la discectomie cervicale antérieure avec fusion, l'arthroplastie discale (technique expérimentale pour la hernie cervicale), la stabilisation dynamique, le remplacement artificiel de disque.

Les buts de la chirurgie sont la levée de compression du nerf, la guérison du nerf, le soulagement de la douleur et la restauration du fonctionnement.

SOURCE: https://fr.wikipedia.org/wiki/Hernie_discale

COMPREHENSION DU TEXTE

1. Répondez aux questions :

- a. En quoi consiste l'examen clinique pour une hernie discale ?
- b. Quels sont les examens complémentaires nécessaires pour diagnostiquer une hernie discale?
- c. En quoi consiste le traitement d'une hernie discale?

2. Dites si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses :

- a. Dans le traitement de la hernie discale, la kinésithérapie a une efficacité variable selon les caractéristiques du patient.
- b. L'électromyogramme est une radiographie effectuée avec injection de produit de contraste dans l'espace méningé.
- c. Le traitement chirurgical de la hernie discale est en principe utilisé en dernier recours, sauf en cas de déficit neurologique significatif ou d'un syndrome de la queue de cheval qui sont des urgences chirurgicales.
- d. La hernie discale ne peut jamais être asymptomatique.

EXERCICES DE VOCABULAIRE

1. Associez chaque mot à sa définition :

- | | | | |
|--------------------|---|---|---|
| <i>Paresthésie</i> | • | • | Douleur localisée au dos.. |
| <i>Dysesthésie</i> | • | • | Trouble de la sensibilité se traduisant par la perception de sensations anormales (fourmillements, picotements, brûlures).. |
| <i>Dorsalgie</i> | • | • | Trouble de la sensibilité qui est exaspérée ou affaiblie |
| <i>Cervicalgie</i> | • | • | Douleur lombaire (rénale, vertébrale, nerveuse...). |
| <i>Lombalgie</i> | • | • | Douleur localisée à la nuque. |

2. Réécrivez les phrases en mettant les mots dans l'ordre.

Retrouvez les phrases dans le texte :

a. La – chirurgicale – n'est – pas – technique – décompression – non – une – étayée.

b. L'exercice – est – une – musculation – physique – des – modalités – de – traitement, – pouvant – possibles – faire – appel – à – certains – appareils – de.

c. Le – traitement – non stéroïdien – comporte – médical – un - antalgique – ou – un - anti-inflammatoire – habituellement .

d. L'électromyogramme – est – une – injection – de – contraste – effectuée – radiographie – avec – de – produit – dans – l'espace – méningé.

3. Donnez la famille lexicale des mots suivants : *comprimer, produire, utiliser.*

4. Reformulez les phrases suivantes en utilisant vos propres mots :

a. La manipulation vertébrale pourrait avoir une efficacité à court terme dans le traitement de la hernie discale lombaire. Il n'y a pas vraiment de preuve concernant un traitement à long terme pour la hernie de siège lombaire. C'est également le cas pour la hernie cervicale. La manipulation vertébrale semble sûre lorsqu'elle est pratiquée par un professionnel qualifié. Cependant, selon l'OMS, la manipulation vertébrale est contre-indiquée en cas de déficit neurologique progressif (cas du syndrome de la queue de cheval par exemple).

b. Une infiltration de corticoïde est parfois réalisée, à proximité du nerf touché ; un tel traitement semble avoir une efficacité sur quelques mois. La réponse au traitement semble dépendre de l'extension de la compression du nerf en cause, définie à l'aide de critères radiologiques : présence de graisse épidurale et

de liquide cébrospinal, et aspect du nerf. Ainsi, un aspect de compression importante est associé à un taux d'échec plus important. Les complications résultant de techniques d'infiltration inadaptées sont rares.

5. Cherchez le substantif qui correspond au verbe :

1. adapter :
2. réaliser :
3. manipuler :
4. infiltrer :
5. localiser :

6. Trouvez l'adjectif contraire :

1. court :
2. sûr :
3. rare :
4. adapté :

7. Reliez les verbes de la colonne de gauche à leurs contraires :

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. conduire | a. abrégé |
| 2. montrer | b. abandonner |
| 3. intervenir | c. cacher |
| 4. prolonger | d. s'abstenir |

LE SYSTÈME LYMPHATIQUE

Le système lymphatique associe deux notions :

- d'une part un réseau, à sens unique, de vaisseaux lymphatiques (dit réseau lymphatique), dont les vaisseaux naissent dans les différents tissus du corps pour rejoindre les ganglions, qui permettent la circulation et le nettoyage de la lymphe et dans une certaine mesure la clairance de particules insolubles ;

- d'autre part tous les organes où se trouvent de grandes quantités de globules blancs : les ganglions lymphatiques, les tissus lymphoïdes associés aux muqueuses (MALT), la moelle osseuse, ainsi que d'organes tels que la rate et le thymus. Ces tissus font partie du tissu lymphoïde à l'exception de la moelle osseuse.

On avait observé dès le début du XIX^e siècle que la morphologie et la capacité de charge des vaisseaux lymphatiques varient cependant considérablement selon les organes (ex : conjonctives, scrotum, glandes salivaires)

Situation anatomique des organes lymphatiques

Les lymphocytes se développant surtout dans des tissus spécialisés dits organes lymphatiques primaires qui sont la moelle osseuse (le foie lors de la période fœtale) et le thymus. Des milliards de lymphocytes immunocompétents y seront produits, qui iront coloniser les tissus lymphatiques secondaires.

Les ganglions lymphatiques, et les MALT sont situés sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, entre le commencement des

vaisseaux dans les tissus et l'abouchement de ces vaisseaux dans la veine sous-clavière gauche.

Le réseau lymphatique draine la plupart des organes, dont les poumons et l'intestin : un capillaire lymphatique « en cul de sac », dit « *chylifère central* » est présent au sein de chaque villosité intestinale de l'intestin grêle. La circulation des cellules de l'intestin grêle est anastomosée au réseau lymphatique qui se draine dans les follicules lymphoïdes (élément important du système immunitaire) du tube digestif.

Histoire

L'étude du système vasculaire sanguin remonte au moins au VI^e siècle av. J.-C., alors que celle de la vascularisation lymphatique ne date que de 1622 avec la découverte par Asellius du réseau lymphatique dont l'importance semble être longtemps restée méconnue, probablement aussi parce que ce système est beaucoup plus discret que le système sanguin et parce que son fonctionnement est apparemment largement passif. Il joue pourtant un rôle essentiel pour l'immunité, le système hormonal et le retour des liquides extravasés, de certains déchets cellulaires et des protéines (albumine par exemple) dans la circulation systémique. De plus, jusqu'à la presque fin du XX^e siècle, on ne disposait pas de marqueurs moléculaires spécifiques de ce réseau. Ceci explique les retards pris par l'étude de la vascularisation lymphatique.

Une hypothèse proposée par Sabin est que le réseau lymphatique est constitué d'un groupe de cellules endothéliales dérivant directement de la veine cardinale.

Les vaisseaux lymphatiques se développent à partir de cellules endothéliales spécialisées des vaisseaux sanguins préexistants, mais les signaux moléculaires qui régulent cette différenciation sont inconnus bien qu'une protéine nécessaire ait été identifiée (protéine de signalisation hématopoïétiques SLP-76 ou Syk).

Apparentées à celles des veinules, de nombreuses vésicules cytoplasmiques ont été signalées dans l'endothélium lymphatique initial, mais le rôle de ces vésicules dans l'absorption du soluté n'est pas encore clairement élucidé à l'heure actuelle. Toutefois, si les vaisseaux lymphatiques possèdent des caractéristiques similaires à d'autres vaisseaux, certaines caractéristiques comme le glycocalyx leur manquent. Il existe des marqueurs spécifiques des cellules endothéliales du système lymphatique tels que le LYVE-1 ou la podoplanine.

Rôle

Le rôle du système lymphatique est multiple.

1. Il draine les excès de liquides se trouvant au niveau des tissus et participe à la détoxification des organes et du corps.
2. Il contribue à la circulation de nutriments (mais moins que le sang).
3. Il permet la circulation dans tout le corps et hors des vaisseaux sanguins des globules blancs, dans le processus d'activation de la réponse immunitaire spécifique. C'est un élément essentiel du système immunitaire et des processus cicatriciels.
4. Il contribue à la circulation des hormones.

Un manque d'activité musculaire ou une atteinte du système gérant les liquides (lymphangions) peut se traduire par une forme de cellulite et par des œdèmes.

Fonctionnement

Tout le corps, à l'exception du système nerveux central (une thèse remise en cause par la découverte en 2015 par une équipe d'une université de Virginie d'un réseau lymphatique dans les méninges — pour autant que l'on considère que les méninges en font partie), des muscles, du cartilage et de la moelle osseuse, dispose de réseaux de vaisseaux lymphatiques parallèles aux veines et accompagnant les artères.

La lymphe, liquide interstitiel circulant dans les vaisseaux lymphatiques, se charge d'une partie des déchets de l'activité cellulaire via les tissus intercellulaires. La lymphe est épurée par le passage dans les ganglions. Elle circule ensuite vers la circulation sanguine qu'elle rejoint par le conduit thoracique au niveau des veines sous-clavières.

C'est le système lymphatique qui est chargé du transport d'une grande partie des graisses provenant de l'alimentation vers la circulation. Ainsi, ces dernières ne passent pas par le foie.

À la différence du réseau sanguin, le système lymphatique ne comporte pas d'organe unique jouant le rôle de pompe (cœur). La circulation résulte de la combinaison des mouvements du corps (respiration notamment), des contractions des muscles, des contractions des fibres lisses des parois des vaisseaux lymphatiques, et le fait que les plus gros vaisseaux possèdent des valvules pour empêcher le reflux. Si les mouvements du corps

ou l'activité physique s'intensifient, la lymphe circulera plus rapidement : il circule approximativement 100 ml de lymphe par heure dans le conduit thoracique d'une personne au repos alors que durant un exercice, ce flux peut être 10 à 30 fois plus élevé. Au contraire, l'immobilité prolongée freine le drainage de la lymphe.

Les métastases de certains cancers peuvent rapidement se diffuser dans le corps par la lymphe.

SOURCE :https://fr.wikipedia.org/wiki/système_lymfatique

COMPREHENSION DU TEXTE

1. Répondez aux questions :

- a. Quelles sont les deux notions auxquelles se rapporte le système lymphatique ?
- b. Où sont situés les ganglions lymphatiques?
- c. Quel est le rôle du système lymphatique?
- d. Comment fonctionne le système lymphatique ?

2. Dites si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses :

a. Les ganglions lymphatiques, et les MALT sont situés sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, entre le commencement des vaisseaux dans les tissus et l'abouchement de ces vaisseaux dans la veine sous-clavière gauche.

b. Le système lymphatique comporte un organe unique jouant le rôle de pompe : le cœur.

c. La lymphe, liquide interstitiel circulant dans les vaisseaux lymphatiques, se charge d'une partie des déchets de l'activité cellulaire via les tissus intercellulaires.

d. L'immobilité prolongée contribue au drainage de lymphe.

EXERCICES DE VOCABULAIRE

1. Associez chaque mot à sa définition :

- | | | | |
|-------------------|---|---|---|
| <i>Lymphocyte</i> | • | • | Infiltration séreuse de divers tissus et en particulier du tissu sous-cutané et sous-muqueux, se traduisant par un gonflement diffus. |
| <i>Méninge</i> | • | • | Petit leucocyte à gros noyau non segmenté, présent dans le sang, la moelle et les tissus lymphoïdes (ganglions lymphatiques, rate) et jouant un rôle important dans le processus d'immunité |
| <i>Villosité</i> | • | • | Chacune des membranes qui entourent le cerveau et la moelle épinière. |
| <i>Albumine</i> | • | • | Poil ou saillie filiforme donnant un aspect velu à une surface, muqueuse, feuille.. |
| <i>Œdème</i> | • | • | Membre d'une classe de protéines hydrosolubles présentes dans le sérum, le lait, les œufs et dans de nombreux fluides biologiques. |

**2. Réécrivez les phrases en mettant les mots dans l'ordre.
Retrouvez les phrases dans le texte :**

a. L'immobilité – freine – de – la – lymphe – prolongée – le – drainage.

b. À - unique – sanguin – du – réseau – lymphatique – ne – comporte – la – différence – pas – d'organe – jouant – le – système – le – rôle – de – pompe – (cœur).

c. La – lymphe – par – les – ganglions – le – passage – est – épurée – dans.

d. Le –système – à – la – circulation – de – nutriments – lymphatique – contribue.

3. Donnez la famille lexicale des mots suivants : *posséder, immobilité, accompagner.*

4. Reformulez les phrases suivantes en utilisant vos propres mots :

a. À la différence du réseau sanguin, le système lymphatique ne comporte pas d'organe unique jouant le rôle de pompe (cœur). La circulation résulte de la combinaison des mouvements du corps (respiration notamment), des contractions des muscles, des contractions des fibres lisses des parois des vaisseaux lymphatiques, et le fait que les plus gros vaisseaux possèdent des valvules pour empêcher le reflux. Si les mouvements du corps ou l'activité physique s'intensifient, la lymphe circulera plus rapidement : il circule approximativement 100 ml de lymphe par heure dans le conduit thoracique d'une personne au repos alors que

durant un exercice, ce flux peut être 10 à 30 fois plus élevé. Au contraire, l'immobilité prolongée freine le drainage de la lymphe.

b. Tout le corps, à l'exception du système nerveux central (une thèse remise en cause par la découverte en 2015 par une équipe d'une université de Virginie d'un réseau lymphatique dans les méninges — pour autant que l'on considère que les méninges en font partie), des muscles, du cartilage et de la moelle osseuse, dispose de réseaux de vaisseaux lymphatiques parallèles aux veines et accompagnant les artères.

5. Chercher le substantif qui correspond au verbe :

1. excepter :
2. disposer :
3. immobiliser :
4. considérer :
5. circuler :

6. Trouver l'adjectif contraire :

1. central :
2. rapide :
3. élevé :
4. différent :

7. Reliez les verbes de la colonne de gauche à leurs contraires :

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. posséder | a. déconsidérer |
| 2. accompagner | b. confisquer |
| 3. considérer | c. quitter |
| 4. remettre | d. déposséder |

LA RUPTURE DE LIGAMENT CROISÉ

Une **rupture** ou **déchirure** de **ligament croisé** (*LC*) est une rupture complète ou partielle de l'un ou des deux LC d'un genou. Dans la plupart des cas, c'est le ligament croisé antérieur (*ligamentum cruciatum anterius*, *LCA*) qui est concerné. La cause d'une rupture de LC est le dépassement de la limite de la tension maximale du ligament.

Les ruptures de LC apparaissent la plupart du temps sans cause extérieure, mais par un changement soudain de direction pendant la course ou le saut. Ce sont les blessures les plus courantes cliniquement concernant l'articulation du genou. La rupture des LC peut être diagnostiquée par une étude des symptômes (tiroir antérieur ou extérieur) lors d'un examen clinique et par la description des conditions de survenue de la déchirure. Ce diagnostic peut être confirmé par IRM et arthroscopie. Les ruptures de LC non soignées peuvent conduire à d'importants dommages dégénératifs du genou. Le traitement peut être d'ordre conservatoire ou chirurgical (micro-chirurgical par arthroscopie). Le choix du traitement, sa date et la méthode à utiliser, font encore l'objet de discussions très controversées. Il est par contre reconnu généralement qu'aucun traitement ne peut actuellement rétablir l'état d'un LC sain. Les suites à long terme d'une rupture de LC comprennent un risque augmenté de formation d'arthrose du genou, indépendamment du traitement effectué.

Des exercices préventifs peuvent diminuer substantiellement le risque de rupture de LC.

Eléments d'anatomie du genou

Le genou est composé de trois parties osseuses :

- l'extrémité inférieure du fémur qui a la forme de deux roues accolées : les condyles ;

- l'extrémité supérieure du tibia, encore appelé plateau tibial ;
- la *patella* ou rotule : petit bouclier situé sur l'avant du fémur.

À ceci s'ajoutent d'autres éléments, favorisant le fonctionnement parfois très contraignant de l'articulation :

- Une couche de cartilage recouvrant chaque partie osseuse en regard d'une autre : condyles fémoraux, partie antérieure du fémur, face postérieure de la *patella* et plateau tibial.

- Deux petits coussins de cartilage fibreux, les ménisques, disposés entre le fémur et le tibia. En forme de croissant, ceux-ci amortissent le contact entre le cartilage du fémur et celui du tibia. Ils sont situés l'un vers l'intérieur (ménisque médial ou interne), l'autre vers l'extérieur du genou (ménisque latéral ou externe).

- Des ligaments assurant la stabilité de l'articulation, et dont les principaux sont :

- Deux ligaments croisés (LC) : un antérieur (LCA) allant de haut en bas, d'arrière en avant et de l'extérieur vers l'intérieur et un postérieur (LCP) allant de haut en bas, d'arrière en avant, de l'intérieur vers l'extérieur, formant ainsi une charnière à l'intérieur du genou. Le LCA croise le LCP en position latérale.

- Deux ligaments collatéraux (tibial ou interne et fibulaire ou externe) maintenant le genou en dedans et en dehors. Les ligaments collatéraux sont également croisés, permettant une bonne stabilité du genou.

- Les ligaments maintenant la *patella* : le tendon patellaire (rotulien), reliant la *patella* au tibia et les tendons du muscle quadriceps reliant la *patella* à la cuisse. Ils assurent la transmission de la traction du quadriceps sur le tibia même en position de forte flexion du genou, la *patella* agissant comme poulie.

- Une capsule articulaire contenant le liquide synovial qui baigne l'intérieur de l'articulation et y favorise les glissements.

Schématiquement, le LCP est tendu genou fléchi, alors que le LCA est tendu quand la jambe est tendue. Ils sont soumis à de très fortes contraintes, en particulier lors des sports de *stop-and-go* (démarrage-arrêt) — comme le tennis ou le squash — et de pivot — le football, le ski, le judo... —, ainsi que lors d'activités nécessitant une position à genoux ou accroupie ou dans certains travaux de force.

Mécanismes de blessure

Ligament croisé antérieur

Une blessure du LCA arrive typiquement à la suite d'un changement de direction. Souvent, on a affaire à une rotation de la jambe vers l'extérieur, le corps se tournant vers l'intérieur, ou inversement. Le déclencheur peut également être un mouvement d'extension ou de flexion exagéré (respectivement *hyperextension* ou *hyperflexion*). Elle arrive également souvent pendant la réception d'un saut lourdement ou sur une jambe tendue, surtout quand l'atterrissage se fait sur les talons, le genou en rotation interne (pied en dedans). Ceci provoque un choc direct sur le tibia, alors que le condyle latéral du fémur est situé sur la partie inclinée

vers l'arrière du plateau tibial. Ceci entraîne une force de glissement vers l'avant du tibia, essentiellement encaissée par le LCA.

Dans la plupart des cas, il s'agit de blessures de sport. Ce type de blessures survient surtout dans les sports qualifiés de « *stop-and-go* » : tennis ou squash, ou dans les sports d'équipe : football, football américain, handball ou basket – souvent par contact. Les ruptures du LCA sont également fréquentes au ski – notamment quand le ski aval se tourne vers l'extérieur, entraînant une rotation du corps alors que la jambe reste fixée sur le ski amont. Ce mécanisme de blessure par rotation vers l'intérieur de la cuisse par rapport à la jambe est aussi désigné par l'expression « mécanisme du pied fantôme ». Une rupture peut aussi faire suite à une luxation de la *patella*, avec perte soudaine de stabilité de l'articulation du genou.

La perte du LCA perturbe la fonction d'un des deux éléments passifs centraux de guidage (stabilisateurs primaires) du genou. Il en résulte une liberté de mouvement pathologique de la tête du tibia vers l'avant (ventrale), ce que l'on appelle « glissement vers l'avant du tibia ». La capsule articulaire, les ligaments latéraux, le LCP et les ménisques sont sollicités en excès pour freiner ce glissement vers l'avant du tibia. Ceci aboutit à une surextension des structures ligamentaires. Un accroissement de ce glissement aboutit à des lésions des cartilages. Celles-ci sont entre autres conditionnées par la surcharge du cartilage. Une surcharge additionnelle conduit dans ce cas à une usure prématurée, et à une arthrose. Les lésions des ménisques et du cartilage accompagnant une rupture du LCA favorisent le risque d'arthrose.

Ligament croisé postérieur

Les ruptures du LCP, plus solide que le LCA, sont plus rares. Elles font suite à un dépassement de l'extension maximale possible du LCP ; ceci arrive en général par une violence externe. La rupture du LCP ne concerne en général pas seulement le LCP. Les blessures sont donc bien plus complexes et touchent généralement l'ensemble de l'articulation du genou. La cause principale d'une rupture du LCP sont les accidents de la route ou ce que l'on appelle plus généralement les accidents de vitesse. Ceci se rapporte au fait que dans la position assise en voiture, le genou est plié. La collision de la jambe avec le tableau de bord conduit à une rupture du LCP. Ce mécanisme est de ce fait désigné par *dashboard-injury* (« blessure de tableau de bord »). Cette forme de blessure est d'ailleurs assez rare, et sa prévalence diminue au cours des années. C'est ainsi que dans une étude conduite en Allemagne sur plus de 20.000 victimes d'accident de voiture, on ne note que 5 cas de *dashboard-injury*.

Dans les sports marqués par le contact, comme le football américain, une force agissant de devant-milieu peut conduire à une blessure du LCP. Souvent cette blessure est accompagnée de blessures du LCA, ainsi que de la capsule articulaire arrière

SOURCE : <https://fr.wikipedia.org>

COMPREHENSION DU TEXTE

1. Répondez aux questions :

- a. Quelles sont les causes des ruptures des ligaments ?
- b. En quoi consiste le traitement d'une rupture de ligament ?
- c. Quelles sont les trois parties osseuses qui composent le genou ?
- d. Quelles sont les causes de la blessure du ligament croisé antérieur ?
- e. Quelles sont les causes de la blessure du ligament croisé postérieur ?

2. Dites si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses :

- a. Les ruptures du LCP, plus solides que le LCA, sont plus fréquentes.
- b. Les ruptures de LC apparaissent la plupart du temps sans cause extérieure, mais par un changement soudain de direction pendant la course ou le saut.
- c. Les lésions des ménisques et du cartilage accompagnant une rupture du LCA favorisent le risque d'ostéoporose.
- d. Les ruptures du LCA sont également fréquentes au ski – notamment quand le ski aval se tourne vers l'extérieur, entraînant une rotation du corps alors que la jambe reste fixée sur le ski amont.

EXERCICES DE VOCABULAIRE

1. Associez chaque mot à sa définition :

- | | | | |
|------------------|---|---|---|
| <i>Ligament</i> | • | • | Os long qui constitue le squelette de la cuisse |
| <i>Tibia</i> | • | • | Altération chronique de diverses articulations, sorte de vieillissement, souvent prématuré, des cartilages articulaires. |
| <i>Fémur</i> | • | • | Faisceau de tissu fibreux blanchâtre, très résistant et peu extensible, unissant les éléments d'une articulation. |
| <i>Arthrose</i> | • | • | Tissu conjonctif, translucide, résistant mais élastique, recouvrant les surfaces osseuses des articulations (<i>cartilage articulaire</i>) et constituant la charpente de certains organes (ex. aile du nez, trachée) et le squelette de certains vertébrés inférieurs. |
| <i>Cartilage</i> | • | • | Le plus gros des deux os de la jambe, en forme de prisme triangulaire. |

2. Réécrivez les phrases en mettant les mots dans l'ordre. Retrouvez les phrases dans le texte :

a. Les – LCP– ruptures – du, – plus – LCA – solides – que – le, – sont – rares – plus.

b. La – cause – d'une – généralement – rupture – principale – du – LCP – sont – de – la – route – ou – ce – les – accidents – que – l'on – appelle – plus – les – accidents – vitesse – de.

c. Il – par – est – contre - reconnu – qu'aucun – généralement – ne – peut – rétablir – actuellement – l'état – sain – d'un – traitement – LC.

3. Donnez la famille lexicale des mots suivants : *approfondir, entraîner, tourner.*

4. Reformulez les phrases suivantes en utilisant vos propres mots :

a. Les ruptures du LCP, plus solide que le LCA, sont plus rares. Elles font suite à un dépassement de l'extension maximale possible du LCP ; ceci arrive en général par une violence externe. La rupture du LCP ne concerne en général pas seulement le LCP. Les blessures sont donc bien plus complexes et touchent généralement l'ensemble de l'articulation du genou. La cause principale d'une rupture du LCP sont les accidents de la route ou ce que l'on appelle plus généralement les accidents de vitesse.

b. Les ruptures de LC apparaissent la plupart du temps sans cause extérieure, mais par un changement soudain de direction pendant la course ou le saut. Ce sont les blessures les plus courantes

cliniquement concernant l'articulation du genou. La rupture des LC peut être diagnostiquée par une étude des symptômes (tiroir antérieur ou extérieur) lors d'un examen clinique et par la description des conditions de survenue de la déchirure. Ce diagnostic peut être confirmé par IRM et arthroscopie.

5. Cherchez le substantif qui correspond au verbe :

1. toucher :
2. manquer :
3. encaisser :
4. conditionner :
5. provoquer :

6. Trouvez l'adjectif contraire :

1. complet :
2. maximal :
3. antérieur :
4. sain :
5. général :

7. Reliez les verbes de la colonne de gauche à leurs contraires :

- | | |
|----------------|--------------|
| 1. changer | a. découvrir |
| 2. comprendre | b. conserver |
| 3. reconnaître | c. ignorer |
| 4. recouvrir | d. confondre |

LA RUPTURE DU TENDON D'ACHILLE

La **rupture du tendon d'Achille** est un accident consistant en une atteinte du tendon d'Achille reliant le muscle triceps sural au calcanéum et empêchant (ou rendant très douloureuse) l'extension du pied.

Elle peut être partielle ou totale.

Epidémiologie et causes:

Le terrain est l'homme de la quarantaine ou de la cinquantaine, avec une augmentation de l'incidence annuelle avec le temps. La rupture est plus rare chez la femme. Elle est deux fois plus fréquente chez le sportif de haut niveau (hommes) que chez l'amateur.

Les activités sportives les plus souvent incriminées sont la course, le football, le basket-ball, le saut et tous les exercices mettant en tension de manière brutale le tendon. La rupture du tendon d'Achille favorise celle du tendon controlatéral.

Un traitement par antibiotique de type fluoroquinolone peut fragiliser le tendon d'Achille et faciliter sa rupture, surtout s'il est associé à un corticoïde. Cet accident reste cependant exceptionnel.

Mécanisme

La rupture ne se produit pas sur un tendon sain : il existe un remaniement de ce dernier avec une dégénérescence ou des calcifications qui peuvent cependant être totalement asymptomatique.

Description

La rupture se reconnaît assez facilement lorsqu'elle survient : bruit de déchirement de tissus (audible à quelques mètres parfois), vive douleur au-dessous du mollet, survenant au cours d'un effort concernant la cheville et imposant l'arrêt de ce dernier. Il n'y a que rarement la formation d'une boule due à la désinsertion du triceps sural.

Le diagnostic est théoriquement relativement simple : l'examen se fait de manière comparative des deux côtés. Il peut exister une sensation de dépression au niveau du tendon atteint, avec parfois une ecchymose. Le test de Thompson est positif (allongé sur le ventre, absence d'extension du pied à la pression manuelle du mollet) avec une très bonne sensibilité et spécificité. Les sources de diagnostic erroné existent : la capacité d'exercer une pression dynamique de l'avant du pied et l'échographie peuvent conduire à diagnostiquer une rupture partielle. L'imagerie par résonance magnétique est, en règle, inutile pour faire le diagnostic et son apport concerne uniquement la stratégie de prise en charge. Cependant, dans environ un cas sur cinq, le diagnostic n'est pas fait.

Diagnostic différentiel

D'autres maladies peuvent donner des douleurs à l'arrière de la cheville :

- la tendinite achilléenne ;
- la bursite rétrocalcanéenne ;

- une lésion du muscle plantaire, inconstant et qui s'insère à la face postérieure du calcanéum, à proximité immédiate du tendon d'Achille.

L'un des problèmes les plus courants est de distinguer une rupture partielle d'une simple tendinite. L'IRM est peu utile dans ces cas et l'échographie est plus utile dans cette indication.

Traitement

La prise en charge des ruptures du tendon d'Achille a fait l'objet de la publication de recommandations par l'« American Academy of Orthopaedic Surgeons » datant de 2009.

L'immobilisation du membre et la prise d'antalgiques restent les principes de bases à la survenue de la rupture.

Une fois rompu, il existe trois techniques principales de réparation d'un tendon d'Achille : la technique orthopédique (immobilisation par plâtrage), la chirurgie classique et la chirurgie dite « mini-invasive » ou percutanée. Les résultats des deux types de chirurgie sont comparables mais la satisfaction du patient est supérieure avec une technique mini-invasive et il y a moins de complications infectieuses superficielles. Le résultat est parfois imparfait, avec une gêne fonctionnelle persistante. L'amélioration se situe essentiellement durant la première année et devient faible par la suite.

Quelle que soit l'option thérapeutique choisie, le risque de survenue d'une phlébite est important.

La technique orthopédique

Elle consiste à plâtrer l'articulation de la cheville jusqu'au-dessous du genou, en deux plâtres consécutifs. Le premier en position d'équin (pointe de pied tendue, de manière à rapprocher les deux extrémités du tendon), puis le second à 90°.

Non chirurgicale, cette technique a néanmoins l'inconvénient de durer plus longtemps, de nécessiter une plus longue kinésithérapie et d'avoir le taux de récurrence plus élevé par rapport aux autres techniques. Les résultats à long terme sont toutefois équivalents à ceux de la chirurgie et cette méthode est à privilégier chez les personnes peu actives ou pour lequel le risque opératoire est considéré comme non négligeable.

La technique chirurgicale classique

Elle consiste, après ouverture sur 10 à 15 centimètres, à recoudre les deux parties du tendon.

Cette technique est celle qui a le plus faible taux de récurrence (environ 1 %), mais elle est néanmoins soumise à un risque post-opératoire non négligeable.

La technique percutanée type „ténoligs”

Elle consiste à effectuer deux petites incisions en partie basse de la cheville, par lesquelles le chirurgien fait passer deux aiguilles pour mettre en place des petits harpons attachés chacun à un fil, retendus vers le bas pour rapprocher la partie haute du tendon de la partie restée en bas, puis bloqués. Les fils peuvent être synthétiques et retirés par le chirurgien après environ 6 semaines, ou être résorbables.

Cette technique a l'avantage d'un taux de récurrence faible (proche de 2 %) et d'une intervention légère, généralement ambulatoire. Elle présente un risque post-opératoire plus faible que la technique classique. Elle doit s'appliquer dans les huit jours après la rupture.

Le choix entre ces diverses techniques peut être fait en règle générale par le malade, hormis si la rupture est particulièrement proche de l'os, est ancienne, ou divers cas particuliers selon le diagnostic du chirurgien.

Autre technique percutanée, type „Achillon”

Cette technique chirurgicale a été développée avec des résultats encourageants. Une incision de 3 cm est faite au niveau du tendon d'Achille puis un instrument est inséré sous la peau. Des longues aiguilles avec fils sont alors passées à travers la peau et chaque partie du tendon rompue. Cette technique a l'avantage d'une incision minimale et surtout d'une bonne visualisation du tendon. En effet, d'autres techniques de sutures percutanées ne permettent pas de voir le tendon et donc de s'assurer de l'efficacité de la suture. Il est important de savoir qu'un des problèmes principaux de la suture dite "classique" avec longue incision est que, lors de la cicatrisation, des adhérences peuvent se former entre la peau et le tendon, rendant la rééducation difficile et parfois douloureuse, d'où l'intérêt d'une incision minimale. Cette technique, souvent utilisée pour des sportifs d'élite, fonctionne bien.

Rééducation

Celle-ci est lente et progressive, et doit être prudente, afin d'éviter au maximum le risque de récurrence. L'appui peut être autorisé dès la deuxième semaine dans les meilleurs cas. Le patient pourra reprendre une marche correcte (parfois accompagnée de boitement) au bout de 3 mois et ne peut pas espérer la reprise du sport avant - au mieux - 6 mois, à moins de pratiquer une activité physique ne sollicitant pas ou peu le tendon (natation sauf brasse, ergomètre à bras, etc.).

SOURCE:

https://fr.wikipedia.org/wiki/Rupture_du_tendon_d'Achille

COMPREHENSION DU TEXTE

1. Répondez aux questions :

- a. Qu'est-ce que la rupture du tendon d'Achille ?
- b. Quelles sont les causes de la rupture du tendon d'Achille?
- c. Quelles sont les étapes du diagnostic de la rupture du tendon d'Achille ?
- d. En quoi consiste le traitement de la rupture du tendon d'Achille ?

2. Dites si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses :

- a. La rupture du tendon d'Achille est plus fréquente chez la femme
- b. L'un des problèmes les plus courants est de distinguer une rupture partielle d'une simple tendinite.
- c. Un traitement par antibiotique de type fluoroquinolone peut fragiliser le tendon d'Achille et faciliter sa rupture, surtout s'il est associé à un corticoïde.
- d. La rupture se produit toujours sur un tendon sain.

EXERCICES DE VOCABULAIRE

1. Associez chaque mot à sa définition :

- | | | | |
|-----------------|---|---|--|
| <i>Suture</i> | • | • | Structure conjonctive fibreuse, blanche nacrée, par laquelle un muscle s'insère sur un os. |
| <i>Phlébite</i> | • | • | Se dit d'un muscle dont l'une des extrémités s'insère à trois points osseux différents. |
| <i>Tendon</i> | • | • | Réunion, à l'aide de fils, de parties divisées à la suite d'un accident ou d'une intervention chirurgicale (lèvres d'une plaie, extrémités d'un tendon coupé). |
| <i>Mollet</i> | • | • | Inflammation d'une veine. |
| <i>Triceps</i> | • | • | Un peu mou, agréablement mou au toucher |

2. Réécrivez les phrases en mettant les mots dans l'ordre.

Retrouvez les phrases dans le texte :

a. Cette – chirurgicale – technique – a – développée – été – avec – encourageants – des – résultats.

b. L'immobilisation – du – d'antalgiques – membre – et – la – restent – prise – le – de – à – la – bases – survenue – la – rupture – de.

c. Les – activités – la – course – les – plus – le – saut – souvent – sportives – sont – incriminées, – le – football, – le

basket-ball, – et – tous – les – exercices – mettant – en – le – tendon – tension – de – brutale – manière.

d. La – du – rupture – favorise – tendon – d'Achille – du – tendon – celle – controlatéral.

3. Donnez la famille lexicale des mots suivants : *commander, décrire, exister.*

4. Reformulez les phrases suivantes en utilisant vos propres mots :

a. Une fois rompu, il existe trois techniques principales de réparation d'un tendon d'Achille : la technique orthopédique (immobilisation par plâtrage), la chirurgie classique et la chirurgie dite « mini-invasive » ou percutanée. Les résultats des deux types de chirurgie sont comparables mais la satisfaction du patient est supérieure avec une technique mini-invasive et il y a moins de complications infectieuses superficielles. Le résultat est parfois imparfait, avec une gêne fonctionnelle persistante. L'amélioration se situe essentiellement durant la première année et devient faible par la suite.

b. Le diagnostic est théoriquement relativement simple : l'examen se fait de manière comparative des deux côtés. Il peut exister une sensation de dépression au niveau du tendon atteint, avec parfois une ecchymose. Le test de Thompson est positif (allongé sur le ventre, absence d'extension du pied à la pression manuelle du mollet) avec une très bonne sensibilité et spécificité. Les sources de diagnostic erroné existent : la capacité d'exercer une

pression dynamique de l'avant du pied et l'échographie peuvent conduire à diagnostiquer une rupture partielle. L'imagerie par résonance magnétique est, en règle, inutile pour faire le diagnostic et son apport concerne uniquement la stratégie de prise en charge. Cependant, dans environ un cas sur cinq, le diagnostic n'est pas fait.

5. Cherchez le substantif qui correspond au verbe :

1. comparer :
2. presser :
3. apporter :
4. diagnostiquer :
5. exister :

6. Trouvez l'adjectif contraire :

1. faible :
2. imparfait :
3. persistant :
4. simple :
5. positif :

7. Reliez les verbes de la colonne de gauche à leurs contraires :

- | | |
|-------------|------------|
| 1. faire | a. altérer |
| 2. presser | b. enlever |
| 3. corriger | c. écarter |
| 4. appuyer | d. défaire |

LE DRAINAGE LYMPHATIQUE

Utilisé à des fins médicales ou esthétiques, le drainage lymphatique manuel est un massage qui vise à stimuler la circulation de la lymphe.

Le drainage lymphatique manuel est une technique de massage doux destinée à stimuler la circulation de la lymphe et à détoxifier l'organisme, tout en renforçant le système immunitaire. Il s'effectue avec les doigts et la paume des mains sur l'ensemble du corps, en suivant le sens de la circulation lymphatique et en variant la pression.

Les grands principes

La lymphe est un liquide incolore qui circule dans les vaisseaux lymphatiques grâce aux contractions pulsées des muscles et des vaisseaux sanguins. Comme un système d'évacuation des déchets, elle draine les liquides excédentaires, les toxines et les débris cellulaires. Des ganglions situés le long des vaisseaux lymphatiques, en particulier aux plis de l'aîne, sous les aisselles et de chaque côté du cou, permettent de filtrer la lymphe et d'éliminer les toxines et les débris qu'elle transporte.

Lorsque la circulation de la lymphe est déficiente, le corps peut s'affaiblir et s'intoxiquer, ce qui risque d'entraîner divers problèmes de santé : enflure des membres, vieillissement prématuré, cellulite, jambes lourdes, vergetures, etc.

Il existe deux méthodes principales en drainage lymphatique manuel : la méthode Vodder et la méthode Leduc.

La méthode Vodder : selon cette méthode, l'évacuation de la lymphe se fait à l'aide de mouvements circulaires réalisés à l'aide de la main, en faisant varier la pression.

La méthode du docteur Albert Leduc : cette technique est issue des travaux de Vodder. Elle combine le drainage lymphatique manuel à l'utilisation d'appareils de pressothérapie. On enveloppe les jambes du patient de longues bottes gonflables reliées à un compresseur, ce qui permet d'exercer une pression déterminée à divers endroits.

Bien qu'il n'existe aucun organisme officiel encadrant la formation en drainage lymphatique manuel, il semble que ces deux écoles fassent autorité. Mais d'autres techniques, dérivées de ces approches, ont aussi émergé. Mentionnons, entre autres, la lympho-énergie élaborée par Dominique Jacquemay. Elle comprend l'emploi d'huiles phyto-aromatiques et des traitements basés sur l'énergétique chinoise.

Le drainage lymphatique manuel se pratique en cabinet privé, dans les cliniques, les centres hospitaliers et les centres de soins esthétiques.

Déroulé d'une séance

La durée d'une séance varie de 1 h à 1 h 30. La personne dénudée est allongée sur une table de massage et recouverte d'un drap. Le praticien découvre la zone à traiter et exécute une série de mouvements lents et doux, semblables à l'effet d'une vague, qui créent un effet de pompage. Le but est de drainer les liquides excédentaires présents dans les tissus et d'améliorer la circulation.

Plusieurs séances peuvent être nécessaires avant d'obtenir des résultats apparents.

Le massage lymphatique à faire soi-même

A l'aide de vos doigts, exercez une pression sur un de vos points lymphatiques puis massez ce point à l'aide de mouvements circulaires durant une dizaine de secondes. Il existe dans le corps environ 90 points lymphatiques. Les points à masser dépendront de votre problématique. Par exemple, vous pouvez effectuer ce massage sur les points lymphatiques présents sur les jambes, en cas de jambes lourdes.

Contre-indications du drainage lymphatique

Certains troubles nécessitent d'être traités avec précaution, entre autres la sclérose du sinus carotidien, l'hyperthyroïdie, la thrombose, l'œdème cardiaque et l'asthme bronchial. Le praticien exercera alors des pressions plus douces, éloignées des régions atteintes, et diminuera le temps de la séance. Par ailleurs, il est contre-indiqué de traiter sans autorisation médicale toute infection en phase aiguë ainsi que la tuberculose et les tumeurs malignes.

Petite histoire du drainage lymphatique manuel

En 1892, le chirurgien Winiwarter publia un livre sur le traitement des œdèmes lymphatiques au sein duquel il met en avant l'intérêt du massage afin de réduire ces œdèmes. Quelques années après, le docteur Fège mis également en avant l'intérêt du massage médical dans la réduction des œdèmes. C'est dans les années 1930

que le drainage lymphatique manuel a été découvert par Emil Vodder, docteur en philosophie. Vodder exerçait en tant que masseur sur la Côte d'Azur. Alors qu'il traitait avec des individus souffrant de rhumes chroniques, il constata que ceux-ci avaient les ganglions lymphatiques enflés. En 1932, Vodder décida d'étudier le système lymphatique, et développa sa technique permettant de provoquer la circulation lymphatique. Il utilisa ensuite cette technique pour d'autres affections à des fins thérapeutiques et esthétiques. Ce n'est que 30 ans plus tard, dans les années 60, que la communauté scientifique commença à étudier le système lymphatique et la microcirculation en profondeur.

SOURCE : www.passeportsante.net

COMPREHENSION DU TEXTE

1. Répondez aux questions :

- a. Quel est le rôle principal du drainage lymphatique ?
- b. Qu'est-ce que la lymphe?
- c. Quelles sont les principales méthodes utilisées pour le drainage lymphatique manuel?
- d. Quelles sont les contre-indications du drainage lymphatique manuel?

2. Dites si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses :

- a. Le drainage lymphatique manuel est une technique de massage doux destinée à stimuler la circulation de la lymphe et à détoxifier l'organisme, tout en renforçant le système immunitaire.
- b. Le drainage lymphatique manuel n'a pas de contre-indications.
- c. La lymphe est un liquide incolore qui circule dans les vaisseaux lymphatiques grâce aux contractions pulsées des muscles et des vaisseaux sanguins.

EXERCICES DE VOCABULAIRE

1. Associez chaque mot à sa définition :

Thrombose • • Exagération de la sécrétion de la thyroïde

Ganglion • • Inflammation aiguë de la muqueuse nasale

Rhume • • Petit renflement sur le trajet des vaisseaux lymphatiques et de certains nerfs

Hyperthyroïdie • • Formation d'un caillot dans un vaisseau sanguin ou dans une des cavités du cœur.

**2. Réécrivez les phrases en mettant les mots dans l'ordre.
Retrouvez les phrases dans le texte :**

a. Lorsque – le – corps – est – déficiente – peut – la – circulation – et – s'intoxiquer – de – la – lymphe – s'affaiblir.

b. Utilisé – à – des – manuel – qui – vise – fins – médicales – ou – esthétiques, – est – un – massage – à – stimuler – circulation – le – drainage – la – lymphatique – de – la – lymphe.

c. Il – existe – deux – méthodes – principales – la – méthode – en – drainage – Leduc – lymphatique – Vodder – manuel – et – la – méthode.

d. La – méthode – du – docteur – de – pressothérapie – Albert – Leduc – combine – lymphatique – manuel – à – l'utilisation – le – drainage – d'appareils.

3. Donnez la famille lexicale des mots suivants : *utiliser, vieillir, comprendre.*

4. Reformulez les phrases suivantes en utilisant vos propres mots :

a. La lymphe est un liquide incolore qui circule dans les vaisseaux lymphatiques grâce aux contractions pulsées des muscles et des vaisseaux sanguins. Comme un système d'évacuation des déchets, elle draine les liquides excédentaires, les toxines et les débris cellulaires. Des ganglions situés le long les vaisseaux lymphatiques, en particulier aux plis de l'aine, sous les aisselles et de chaque côté du cou, permettent de filtrer la lymphe et d'éliminer les toxines et les débris qu'elle transporte.

b. Certains troubles nécessitent d'être traités avec précaution, entre autres la sclérose du sinus carotidien, l'hyperthyroïdie, la thrombose, l'œdème cardiaque et l'asthme bronchial. Le praticien exercera alors des pressions plus douces, éloignées des régions atteintes, et diminuera le temps de la séance. Par ailleurs, il est contre-indiqué de traiter sans autorisation médicale toute infection en phase aiguë ainsi que la tuberculose et les tumeurs malignes.

5. Cherchez le substantif qui correspond au verbe :

1. évacuer :
2. drainer :

3. situer :.....
4. éliminer :.....
5. autoriser :.....

6. Trouvez l'adjectif contraire :

1. excédentaire:.....
2. doux :.....
3. long :.....
4. particulier :.....

7. Reliez les verbes de la colonne de gauche à leurs contraires :

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. autoriser | a. inonder |
| 2. éliminer | b. s'arrêter |
| 3. circuler | c. interdire |
| 4. drainer | d. conserver |

L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL I

Un accident vasculaire cérébral (AVC), anciennement populairement appelé attaque cérébrale, infarctus cérébral ou congestion cérébrale, est un déficit neurologique soudain d'origine vasculaire causé par un infarctus ou une hémorragie au niveau du cerveau. Le terme « accident » souligne l'aspect soudain ou brutal des symptômes, mais dans la plupart des cas les causes de cette affection sont internes (liées à l'âge, l'alimentation ou l'hygiène de vie, notamment).

Les symptômes varient beaucoup d'un cas à l'autre selon la nature de l'AVC (ischémique ou hémorragique), l'endroit et la taille de la lésion cérébrale : aucun signe remarquable, perte de la motricité, perte de la sensibilité, trouble du langage, perte de la vue, perte de connaissance, décès.

Les symptômes sont brutaux : ils apparaissent en quelques secondes. Ils peuvent disparaître assez rapidement ; s'ils disparaissent dans l'heure on parle d'AIT (accident ischémique transitoire), s'ils perdurent plus d'une heure on parle d'AIC (accident ischémique constitué). En cas de survie, le processus de récupération (encore mal compris) passe par une phase de récupération spontanée durant de quelques semaines à quelques mois, suivie d'une période d'évolution plus lente, de plusieurs années.

Dans les pays occidentaux — Europe, États-Unis, etc. — un individu sur 200 est atteint d'un accident vasculaire cérébral chaque année (120 000 en France). 80 % de ces cas sont des ischémies et 20 % des hémorragies. La probabilité d'AVC

ischémique augmente avec l'âge, tandis que la probabilité de faire un AVC hémorragique est indépendante de l'âge.

L'AVC est la première cause de handicap physique de l'adulte et la deuxième cause de décès dans la plupart des pays occidentaux.

Classification

L'accident vasculaire cérébral peut être :

- **transitoire** (AIT) avec retour en moins d'une heure à l'état normal, sans séquelles ni preuve d'infarctus à l'imagerie.
- **permanent** ; on parle alors d'accident vasculaire cérébral constitué (AIC).

Il existe deux types d'AVC :

- l'infarctus cérébral : résultant de l'obstruction d'un vaisseau sanguin (80 % de l'ensemble des AVC) ;
- l'hémorragie cérébrale : provoquant un saignement dans le cerveau (représentant 20 % des cas).

Les AVC sont donc classés en accidents ischémiques et en accident hémorragique.

Les accidents ischémiques

Les accidents ischémiques sont dus à l'occlusion d'une artère cérébrale ou à destination cérébrale (carotides internes ou vertébrales). Le cerveau est donc partiellement privé d'oxygène et de glucose. Cette occlusion entraîne un infarctus cérébral (appelé également *ramollissement cérébral*). Le mécanisme de cette occlusion est le plus souvent soit un athérome obstructif, soit un caillot (de formation locale ou par embolie, dans ce cas, le plus souvent d'origine cardiaque); L'embolie cérébrale représente environ 30 % des cas. Cependant d'autres causes peuvent exister : déchirure de la paroi de l'artère (*dissection*), compression

par une tumeur. Le déficit concerne un territoire bien défini du cerveau : il est dit systématisé.

Le ramollissement cérébral d'origine ischémique peut se compliquer secondairement d'un saignement au niveau de la lésion : il est alors question de ramollissement hémorragique.

La thrombophlébite cérébrale est une occlusion d'une veine cérébrale (et non pas d'une artère). Elle est beaucoup plus rare.

La lacune cérébrale est une complication de l'hypertension artérielle et se caractérise par de multiples petites zones concernées par un infarctus cérébral.

Les accidents hémorragiques

Les accidents hémorragiques sont causés par la rupture d'un vaisseau sanguin, souvent endommagé, ou en mauvais état à l'origine et soumis à une pression sanguine excessive. Ceci est particulièrement vrai lorsque l'hypertension artérielle est présente et en présence d'anomalie de la vascularisation du cerveau du type malformation artério-veineuse ou encore des anévrismes. Le tabagisme et l'alcoolisme sont des facteurs particulièrement fragilisants des vaisseaux sanguins.

Suivant la localisation du vaisseau, l'hémorragie peut être méningée par rupture d'un anévrisme artériel au sein des espaces sous-arachnoïdiens, intra cérébral (dit aussi intra-parenchymateux) et peut être associée à une inondation ventriculaire. L'hématome se forme rapidement, donnant des signes neurologiques focaux d'apparition brutale en rapport avec les structures détruites ou comprimées par la lésion. Par ailleurs il se constitue un œdème autour de l'hématome, qui aggrave la compression du cerveau dans la boîte crânienne, entraînant

ou aggravant une hypertension intra-crânienne (HTIC). L'hématome peut se rompre dans un ventricule cérébral.

Parfois lors d'accidents hémorragiques il y a aussi une libération d'ions calcium qui induisent un vaso-spasme brutal à l'origine d'accidents ischémiques. L'hémorragie cérébrale représente environ 20% des cas.

Physiopathologie

L'accident vasculaire cérébral est causé par une diminution voire un arrêt brutal du débit sanguin dans les branches du réseau vasculaire en liaison avec le vaisseau (en général une artère) subissant une rupture de sa paroi (cas d'une hémorragie cérébrale) ou un blocage partiel ou total par un caillot (cas d'un infarctus cérébral). Ainsi, les cellules nerveuses alimentées par ces branches sont privées soudainement d'oxygène et de sucres, ce qui provoque en quelques minutes leur détérioration ou leur mort. Chaque minute qui passe voit la destruction de deux millions de neurones.

Dans le cas hémorragique, la diminution est surtout due aussi à une compression des cellules nerveuses par l'hématome résultant du saignement. Il en résulte que des axones de neurones peuvent être sectionnés par déplacement en masse du tissu nerveux. Les natures ischémique ou hémorragique étant différentes, il en découle que les causes sous-jacentes sont différentes ainsi que les traitements.

SOURCE :

https://fr.wikipedia.org/wiki/Accident_vasculaire_cérébral

COMPREHENSION DU TEXTE

1. Répondez aux questions :

- a. Qu'est-ce qu'un AVC?
- b. Quels sont les principaux symptômes de l'AVC?
- c. Par quoi se caractérisent les accidents ischémiques?
- d. Par quoi se caractérisent les accidents hémorragiques?

2. Dites si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses :

a. Le terme « accident » souligne l'aspect soudain ou brutal des symptômes, mais dans la plupart des cas les causes de cette affection sont internes (liées à l'âge, l'alimentation ou l'hygiène de vie, notamment).

b. Les symptômes de l'AVC sont toujours les mêmes.

c. L'AVC est la première cause de handicap physique de l'adulte et la deuxième cause de décès dans la plupart des pays occidentaux.

d. Le tabagisme et l'alcoolisme sont des facteurs particulièrement fragilisants des vaisseaux sanguins.

EXERCICES DE VOCABULAIRE

1. Associez chaque mot à sa définition :

- | | | | |
|------------------------|---|---|---|
| <i>Ischémie</i> | • | • | Effusion de sang due soit à la rupture d'un vaisseau, soit à la perméabilité pathologique d'une paroi vasculaire. |
| <i>Hémorragie</i> | • | • | chacune des grosses artères qui conduisent le sang vers la tête. |
| <i>Carotide</i> | • | • | Maladie des parois artérielles se traduisant par la présence de lésions circonscrites de la surface interne d'une artère, sous forme d'une plaque jaunâtre (<i>plaque d'athérome</i>), formée par le dépôt de petits nodules gras, et provoquant la dégénérescence des régions affectées. |
| <i>Athérome</i> | • | • | Inflammation des parois d'une veine, compliquée de thrombose. |
| <i>Thrombophlébite</i> | • | • | Anémie locale, arrêt ou insuffisance de la circulation du sang dans un tissu ou un organe. |

2. Réécrivez les phrases en mettant les mots dans l'ordre.

Retrouvez les phrases dans le texte :

a. La – probabilité – augmente – ischémique – avec – l'âge – d' 'AVC.

b. La – probabilité – de – l'âge – de – faire – hémorragique – un – AVC – indépendante – est.

c. L'hémorragie – des – cas – cérébrale – environ – représente – 20 %.

d. Chaque – passe – millions – minute – qui – la – voit – de – deux – destruction – de – neurones.

3. Donnez la famille lexicale des mots suivants : *populaire, brutal, dur*.

4. Reformulez les phrases suivantes en utilisant vos propres mots:

a. Les accidents ischémiques sont dus à l'occlusion d'une artère cérébrale ou à destination cérébrale (carotides internes ou vertébrales). Le cerveau est donc partiellement privé d'oxygène et de glucose. Cette occlusion entraîne un infarctus cérébral (appelé également *ramollissement cérébral*). Le mécanisme de cette occlusion est le plus souvent soit un athérome obstructif, soit un caillot (de formation locale ou par embolie, dans ce cas, le plus souvent d'origine cardiaque); L'embolie cérébrale représente environ 30% des cas.

b. L'accident vasculaire cérébral est causé par une diminution voire un arrêt brutal du débit sanguin dans les branches du réseau vasculaire en liaison avec le vaisseau (en général une artère) subissant une rupture de sa paroi (cas d'une hémorragie cérébrale) ou un blocage partiel ou total par un caillot (cas d'un infarctus cérébral). Ainsi, les cellules nerveuses alimentées par ces branches sont privées soudainement d'oxygène et de sucres, ce qui provoque en quelques minutes leur détérioration ou leur mort. Chaque minute qui passe voit la destruction de deux millions de neurones.

5. Cherchez le substantif qui correspond au verbe :

1. détériorer :
2. alimenter :
3. débiter :
4. détruire :
5. représenter :

6. Trouvez l'adjectif contraire :

1. brutal :
2. détérioré :
3. interne :
4. partiel :

7. Reliez les verbes de la colonne de gauche à leurs contraires :

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. détériorer | a. simplifier |
| 2. détruire | b. réparer |
| 3. compliquer | c. construire |
| 4. endommager | d. améliorer |

L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL II

Facteurs de risque

Les facteurs de risque sont classés en trois catégories : majeurs, moyens et faibles ou discutés, en fonction de leur risque relatif (risque de faire un AVC si l'on possède le facteur de risque par rapport au risque en l'absence du facteur de risque) :

1. Risques majeurs :

- Niveau de pression artérielle (notamment l'hypertension artérielle) ;
- Fibrillation auriculaire ;
- Arythmie cardiaque ;
- Alcoolisme chronique sévère (la prise modérée d'alcool pourrait être au contraire protectrice) ;
- Âge (augmentation de la rigidité vasculaire).

2. Risques moyens :

- Diabète ;
- Sels
- Hyperhomocystéinémie ;
- Tabagisme ;
- Œstroprogestatifs ;
- Infections ;
- Antécédents familiaux ;

3. Risques faibles ou discutés :

- Hypercholestérolémie ;
- Migraine avec aura ;
- Obésité.

Sémiologie

Pour un accident vasculaire cérébral, six signes peuvent survenir (pas nécessairement tous) :

- perte de la motricité et de la force d'un bras, d'une jambe, de la moitié du visage (déviation de la bouche) ou de la totalité d'un côté du corps (hémiplégie). Ce déficit peut être total ou partiel.

Dans ce dernier cas, on parle d'hémi-parésie ;

- perte de la sensibilité d'un bras, d'une jambe, de la face ou de tout un côté du corps ;

- difficulté soudaine à trouver les mots ou à les exprimer : les phrases ou les mots sont incompréhensibles (aphasie sensitive dite de Wernicke) ; difficulté soudaine à parler (paraphasie), à bouger la langue, impossibilité d'avaler la salive (aphasie motrice dite de Broca) ;

- trouble soudain de l'équilibre et de la marche, pouvant conduire à la chute ;

- perte soudaine de la vision d'un œil (amaurose), diplopie (vision double) ou vision trouble, due à des troubles de l'accommodation (cette vision troublée peut apparaître 12 heures avant l'AVC, pendant quelques minutes, puis disparaître), sensation d'éblouissement, (impossibilité d'ouvrir les yeux à la lumière), pupilles inégales et/ou non réactives à la lumière ; ou perte de la vision des couleurs (achromatopsie cérébrale) ;

- maux de tête violents et intenses, sans prodromes (c'est-à-dire qu'aucun signe ne survient avant la crise) en cas d'AVC hémorragique.

Les AVC peuvent aussi se traduire, beaucoup plus rarement, par une crise convulsive ou un état de confusion mentale, apparemment isolés.

Ces signes peuvent avoir une autre cause, par exemple une tumeur au cerveau, une intoxication, un œdème cérébral ou un traumatisme crânien. Une des caractéristiques des AVC est que ces signes apparaissent de manière soudaine. Ils sont parfois négligés, minimisés lorsqu'ils sont brefs ; dans certains cas, on peut avoir l'impression que la personne est saoule. Dans les cas les plus graves, la victime perd conscience (coma). Quelle que soit la cause de ces signes (AVC ou autre), il s'agit d'une urgence vitale qui doit être traitée le plus rapidement possible. Il importe donc d'avoir une prise en charge médicale immédiate lorsqu'un de ces signes survient, en appelant les urgences médicales. Tout retard dans le traitement peut conduire à des séquelles importantes (paralysie) voire au décès.

Selon la durée des symptômes, il est défini comme :

- **Accident ischémique transitoire (AIT)** : ces AVC ischémiques sont totalement régressifs en moins de 24 heures,
- **Accident ischémique rapidement régressif** : les AVC ischémiques dont les signes disparaissent en moins de 5 jours,
- **Accident ischémique constitué**, si les signes persistent au-delà de 5 jours.

Traitements :

Une hospitalisation est nécessaire, idéalement en milieu spécialisé (« Unités de soins intensifs neurologiques » ou Unités Neuro-Vasculaires dont des expériences pilotes dès les années 1950 ont finalement montré dans les années 1980, grâce à des essais thérapeutiques randomisés, des bénéfices réels par rapport à une prise en charge conventionnelle avec un risque de mortalité et de séquelles réduit de 20 % chacun).

L'oxygénation par masque facial dès le transport en ambulance permettrait de réduire les lésions cérébrales.

En aigu

Après un bilan hospitalier, le traitement se confond avec celui de la cause. En aigu, on propose :

- Un traitement par anticoagulants en cas de cardiopathie emboligène. Ce traitement doit être discuté si l'accident est important du fait du risque majoré de survenue d'une hémorragie secondaire (*Ramollissement hémorragique*) ;

- Un traitement par médicaments antiagrégants plaquettaires en cas d'ischémie (le plus souvent de l'aspirine à petites doses) ;

- Un traitement anti-hypertenseur. Il doit permettre cependant de maintenir une pression artérielle minimale afin d'assurer une perfusion optimale du cerveau.

- Un traitement neurochirurgical dans les cas particuliers, rares, d'hémorragie cérébrale, d'infarctus cérébelleux et d'infarctus hémisphérique malin.

Des traitements endovasculaires complémentaires (injection directe du fibrinolytique au niveau du caillot ou dispositifs de retrait de ce dernier) permettent d'avoir un taux de reperfusion meilleur mais sans bénéfice prouvé pour le patient, probablement en raison du délai plus important imposé par la mise en route de ce type d'intervention.

La rééducation après un AVC fait partie intégrante du traitement : selon les cas, kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, régime alimentaire, activités physiques adaptées.

Cette prise en charge des patients peut se faire par le biais de *serious games*. Ces jeux thérapeutiques visent à rééduquer le patient de manière plus ludique et motivante que les séances classiques, tout en effectuant les mêmes mouvements :

L'accompagnement médico-social en cas de séquelles est également une part importante du projet de vie après un accident vasculaire cérébral.

En cas de déficit peu important à modéré, une technique de rééducation très utilisée dans les pays anglo-saxons semble être particulièrement adaptée : la thérapie par contrainte induite. En cas de fibrillation auriculaire, la prescription de médicaments anti-coagulants de type anti-vitamine K reste indispensable. En plus du dépistage de complications neurologiques (notamment l'œdème cérébral), sont recherchées des infections possibles (poumon, rein).

Atteintes neurologiques : répercussions cognitivo-comportementales

Chez les patients ayant été victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC), la corrélation anatomo-clinique est très

fréquente et observable de manière diverse. Dans les AVC de type ischémiques (80 % des AVC), on estime que les troubles persistants pendant plus de 6 mois deviendront définitifs et irréversibles alors que dans les AVC de type hémorragique (20 %) (OMS) une amélioration reste plausible même plusieurs mois, voire plusieurs années après l'atteinte cérébrale. Les affections cérébro-vasculaires vont s'exprimer via divers troubles comportementaux et cognitifs chez le sujet atteint. Ces troubles et leurs manifestations dépendent de la région cérébrale touchée/atteinte et de la gravité de l'atteinte en elle-même. On remarque que les troubles comportementaux sont causés par des atteintes hémisphériques situées à droite.

Le syndrome frontal (aussi appelé « démence fronto-temporale ») (DFT) est une complication fréquente des AVC. Il est défini comme « trouble de la personnalité et du comportement dû à une affection, une lésion ou un dysfonctionnement cérébral » dans les troubles organiques de la personnalité.

Ce syndrome peut être de deux types, inhibé provoquant une hypoactivité générale ou désinhibé, provoquant au contraire une hyperactivité généralisée notamment caractérisée par de l'impulsivité marquée.

La démence vasculaire est la 2^e cause de démence après la maladie d'Alzheimer et représente un risque de 40 % dans le cas de récurrence d'AVC. Elle est qualifiée « d'immédiate à l'AVC » (atteinte à la suite de la lésion) autant dans l'apparition même de la démence que dans son expression. Au contraire de la DFT, c'est une démence non soumise à une dégénérescence, souvent causée

par une hypertension artérielle cérébrale découlant de l'AVC. En termes d'imagerie, sur une IRM, on pourra observer une destruction des zones lacunaires (contrairement à la maladie d'Alzheimer).

De façon récurrente, une lésion hémisphérique droite laisse place à des troubles de types thymiques tels qu'impulsifs, colériques, ou encore le manque de contrôle (en lien avec un trouble de l'inhibition) des émotions (hyper ou hypoémotivité). On parle souvent « d'émoussement affectif ». On peut également retrouver un manque de tolérance et de patience. Des sautes d'humeur sont très récurrents et pathologiques parce que disproportionnés (en termes d'expression).

L'amnésie est considérée comme trouble dissociatif de conversion. C'est un trouble de la mémoire pathologique provoqué par un facteur physique comme une rupture d'anévrisme, souvent à la suite d'une atteinte hémisphérique droite. L'amnésie peut être partielle ou totale et de 2 types, antérograde (incapacité à encoder et enregistrer de nouveaux souvenirs) ou rétrograde (incapacité à récupérer des informations en mémoire). Dans le cas des AVC, elle est souvent réversible.

Les troubles du langage sont dominés par l'aphasie, la dysphasie et la dysarthrie. On retrouve ce genre de trouble surtout dans les cas de lésions de l'hémisphère gauche et peut toucher autant l'expression (Lésion de l'aire de Broca) que la compréhension langagière (Lésion de l'aire de Wernicke). Ces troubles peuvent provoquer un handicap plus ou moins marqué.

Les troubles de l'attention et de la concentration sont présents chez 80 % à 90 % des personnes ayant subi un AVC. Ils sont caractérisés par une difficulté à focaliser son attention de manière fixe et durable. Ils entraînent donc à la fois un « effet de déficit » par difficulté de l'encodage de la mémoire et une fatigabilité cognitive et physique.

SOURCE :

https://fr.wikipedia.org/wiki/Accident_vasculaire_cérébral

COMPREHENSION DU TEXTE

1. Répondez aux questions :

- a. Quels sont les principaux facteurs de risque pour un AVC?
- b. Quels sont les principaux signes d'un AVC?
- c. Quels sont les traitements qui s'imposent dans le cas d'un AVC?
- d. Quelles peuvent être les répercussions cognitivo-comportementales d'un AVC ?

2. Dites si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses :

- a. Les troubles de l'attention et de la concentration sont présents chez 80 % à 90 % des personnes ayant subi un AVC.
- b. Dans le cas d'un AVC, l'amnésie est toujours totale.
- c. L'accompagnement médico-social en cas de séquelles est également une part importante du projet de vie après un accident vasculaire cérébral.
- d. Les AVC peuvent aussi se traduire, beaucoup plus rarement, par une crise convulsive ou un état de confusion mentale, apparemment isolés.

EXERCICES DE VOCABULAIRE

1. Associez chaque mot à sa définition :

- | | | | |
|-------------------|---|---|---|
| <i>aphasie</i> | • | • | Perte totale, généralement soudaine, de la vue, sans lésions décelables de l'œil même, ni troubles fonctionnels de son système optique. |
| <i>dysarthrie</i> | • | • | Trouble de l'expression et/ou de la compréhension du langage oral (surdité verbale) ou écrit (c citi  verbale ou alexie), d  à une lésion cérébrale localisée, en l'absence d'atteinte des organes d'émission ou de réception |
| <i>diplopie</i> | • | • | Difficulté de l'élocution due à une lésion des centres moteurs du langage |
| <i>amaurose</i> | • | • | Trouble de la vue, consistant dans la perception de deux images pour un seul objet |

2. Reformulez les phrases suivantes en utilisant vos propres mots:

- a. La démence vasculaire est la 2^e cause de démence après la maladie d'Alzheimer et représente un risque de 40 % dans le cas de récidive d'AVC. Elle est qualifiée « d'immédiate à l'AVC »

(atteinte à la suite de la lésion) autant dans l'apparition même de la démence que dans son expression. Au contraire de la DFT, c'est une démence non soumise à une dégénérescence, souvent causée par une hypertension artérielle cérébrale découlant de l'AVC. En termes d'imagerie, sur une IRM, on pourra observer une destruction des zones lacunaires (contrairement à la maladie d'Alzheimer).

b. Chez les patients ayant été victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC), la corrélation anatomo-clinique est très fréquente et observable de manière diverse. Dans les AVC de type ischémiques (80 % des AVC), on estime que les troubles persistants pendant plus de 6 mois deviendront définitifs et irréversibles alors que dans les AVC de type hémorragique (20 %) (OMS) une amélioration reste plausible même plusieurs mois, voire plusieurs années après l'atteinte cérébrale. Les affections cérébro-vasculaires vont s'exprimer via divers troubles comportementaux et cognitifs chez le sujet atteint.

3. Cherchez le substantif qui correspond au verbe :

1. définir :
2. exprimer :
3. troubler :
4. persister :
5. soumettre :

4. Trouvez l'adjectif contraire :

1. fréquent :
2. définitif :

3. immédiat :.....

4. soumis :.....

5. Reliez les verbes de la colonne de gauche à leurs contraires :

1. observer

a. apaiser

2. troubler

b. déroger

3. encoder

c. clarifier

4. provoquer

d. décoder

BIBLIOGRAPHIE :

- Cosăceanu A., Slăvescu, M., *Gramatica limbii franceze*, Ed. Gramar, 1997
- Miquel C., Goliot-Lété A. *Vocabulaire progressif du français*, Ed. Clé international, Paris, 2011
- Riegel, M., Pellat, J-C., Rioul, R., *Grammaire méthodique du français*, Paris, PUF, 2007
- Dictionnaire *le Nouveau Petit-Robert de la langue française*, 2008, CD-ROM

Pentru comenzi și informații, contactați:

Editura Universitaria

Departamentul vânzări

Str. A.I. Cuza, nr. 13, cod poștal.200585

Tel. 0251598054, 0746088836

Email: editurauniversitaria@yahoo.com

marian.manolea@gmail.com

Magazin virtual: www.editurauniversitaria.ro