

# Questions posées sur le forum

## Cardio-respi :

1) Pleurésie= liquide entre les 2 feuillets de la plèvre

C'est également le fait qu'il n'y a plus de dépolarisation négative entre les 2 feuillets de la plèvre (mnémo: quand tu pleures tes larmes c'est du liquide) ça peut être un liquide crée par la plèvre ou non

-Hydrothorax= une accumulation de liquide à l'intérieur des cavités (mnémo: hydro= eau)ça peut être un liquide crée par la plèvre ou non

Je ne comprends pas la différence entre c deux definitions quelqu'un pour me sauver svp.

Saluuuuut <<3

Très bonne question, que j'ai par ailleurs posé au professeur parce que je me suis littéralement posé la même.

**Il m'a répondu précisément que c'était la localisation du liquide qui changeait.**

L'hydrothorax c'est du liquide dans **TOUT le poumon** alors que la pleurésie c'est SEULEMENT dans la plèvre. Donc si je te sors un item **"La pleurésie c'est dans tout le poumon" c'est faux +++++**

J'espère que t'es un peu moins dans le flou.

Dis moi si tu as compris ou si tu souhaites davantage d'explication !!

2) Salut !

*Je me demandais si on peut dire que l'insuffisance respiratoire peut entraîner une hypoxémie (et non pas uniquement une hypoxie)?*

*Car je me disais que avant qu'il n'y ait pas assez d'oxygène dans les tissus, il fallait qu'il n'y ait pas accès d'oxygène dans le sang n'est ce pas?*

*Mercii*

[Saluuuuut <<333](#)

Le professeur est assez soft, je ne pense pas qu'il joue sur des détails comme ça, sachant que ça n'est pas la partie la plus importante. Petit rappel : hypoxémie= pas assez d'O2 dans le sang alors que hypoxie= pas assez d'O2 dans les tissus.

En kiné on a aussi tout le programme de médecine avec eux et dans une ronéo la professeur a dit ça mot pour mot :

**En gros on peut avoir une hypoxie sans hypoxémie, mais on peut pas avoir une hypoxémie sans hypoxie**

"Vous pouvez avoir un oxygène normal dans votre sang si vous bouchez l'artère du cœur, l'endroit où l'artère est bouchée il n'y a plus de sang. Il n'y a plus de sang, il n'y a plus d'oxygène il n'y a plus rien. Donc c'est un exemple où vous pouvez tout à fait avoir une hypoxie sans hypoxémie. Et est ce qu'on peut avoir à l'inverse une hypoxémie sans hypoxie? Là il y a des choses qui doivent être claires pour vous, ça n'est pas possible ! Si dans le sang il n'y a pas assez d'oxygène le tissu je ne sais pas comment il va aller en chercher ailleurs.

**Donc on peut avoir une hypoxie dans le tissu sans manquer d'oxygène dans le sang. Et si on manque d'oxygène dans le sang ça c'est sur que les tissus vont souffrir."**

Donc pour répondre à ta question oui l'IRC entraîne bien une hypoxémie également : ))

3) Dans la partie sur les pathologies au niveau du poumon on retrouve parfois le terme de "plèvre" utilisé mais pourtant un pneumothorax c'est pas dans la "cavité pleurale" ?? En fait j'arrive pas vraiment à savoir si "dans la plèvre" = "cavité pleurale" ??  
Voilà Voilà, sinon les vidéos Kiné sont au tops

[Salut à toi <<33](#)

Alors je ne t'ai pas répondu tout de suite pour certaines raisons haha.

En gros cavité pleurale c'est **DIFFERENT** de plèvre, j'ai fait un raccourci mais oui c'est bien dans la cavité pleurale qui se trouve entre les 2 feuillets de la plèvre et non directement dans la plèvre c'est ma faute. En y réfléchissant dire **pneumothorax= air dans la plèvre c'est faux** mais dire que **pneumothorax = air dans la cavité pleurale ou entre les deux feuillets de la plèvre = vrai**

Petit tuto: si tu pars de l'extérieur vers l'intérieur, tu as thorax, plèvre pariétale, cavité pleurale, plèvre viscérale et puis le plus en interne c'est le poumon. On se rappelle physiologiquement les feuillets sont accolés car la cavité pleurale est virtuelle (tu peux la créer si tu mets quelque chose dedans (air, sang, chyle...) et donc dans ce cas s'il y a qq chose à l'intérieur ça devient pathologique et hop épanchement !!

Le professeur a dit que si ça finissait par thorax c'est que c'était dans le poumon. Du coup pneumothorax, chylothorax, hémithorax par déduction c'est dans le poumon. Il a confirmé qu'il ne poserait pas de qcms ambigu entre la plèvre, le poumon ou la cavité pleurale et que les qcms iraient pas aussi loin.

[Donc t'en fait pas vraiment < 3333](#)

4) Coucouu!

*Je me demandais si les degrés dans ta fiche de la flexion extension etc sont à apprendre? Enfaite ils sont en italiques et je crois avoir compris que ce qui est en italique n'est pas apprendre, mais à la fin il y a des photos où les degrés sont marqués, et je ne sais pas si ce sont les diapos du profs?*  
(en gros si c'est le cas il faut les apprendre du coup). Mercii

[Salut à toi <<3](#)

oui les degrés sont à apprendre mais en tout cas je ne pense pas que c'est ce qui va tomber en priorité : )))

**et oui c'est une des diapos du professeur Choplin !!** je les ai toutes mises il me semble pour que vous n'ayez pas de surprises lorsque la vidéo sortira !!

5) salut,

*je n'ai pas très bien compris la différence entre une IRC obstructive et une IRC restrictive, si c'est possible d'avoir une explication en plus s'il te plait:)*

*Merciii*

*Merci pour ton post, je me demandais pareil !*

*Surtout pourquoi dans le cas où c'est obstructif la capacité totale pulmonaire augmente...?*

*Et qu'est qui fait que telle ou telle maladie à une étiologie obstructive plutôt que restrictive (et vice versa)?*

*Par ex pour l'asthme à dyspnée continue ou encore la mucoviscidose, qu'est-ce qui fais obstruction et prk ça n'est pas une restriction?*

*Merci beaucoup d'avance*

Saluutt <<3

En gros de manière générale, pour détecter qu'on a une IRC (n'importe laquelle des 2) on va faire un EFR avec **spirométrie et plétysmographie**. Ce sont 2 examens différents qui mesurent des choses différentes.

1) La spirométrie quantifie le VC, VRE, VRI donc les volumes mobilisables.

**Comment ça se passe ?**

Le patient va inspirer le plus d'air possible très rapidement, l'inspiration doit être la plus complète possible. Puis, sans avoir fait de pause respiratoire, il doit souffler aussi fort et aussi longtemps qu'il le peut. Le but est de vider complètement ses poumons, pour évaluer les débits expiratoires. L'expiration est la plus complète possible. L'appareil mesure la quantité d'air qu'il expire, et la vitesse à laquelle il le fait. Cette manoeuvre est répétée au moins trois fois, afin d'obtenir le meilleur résultat possible.

2) Au contraire la plétysmographie quantifie le VR donc le volume non mobilisable.

**Comment ça se passe ?**

Cet examen est généralement pratiqué en service de pneumologie, sans nécessiter d'hospitalisation. Il dure 15 à 30 minutes. Le patient est installé dans l'enceinte hermétique. Il respire exclusivement par la bouche grâce à un embout (un pince-nez l'empêche de respirer par le nez). Le manipulateur lui donne des indications : respirer normalement, profondément, haleter, souffler de toutes ses forces, etc.

**Avec ces 2 examens, on obtient la CPT.**

## La différence entre obstructif et restrictif ?

### 1) Les résultats des examens :

Pour avoir IRC obstructive il faut que  $VEMS(\text{Volume expiratoire maximal par seconde})/CVF (\text{capacité vitale fonctionnelle}) < 70\%$

Pour avoir IRC restrictive il faut que  $CPT < 80\%$  et que  $VEMS/CVF > 70\%$

### 2) au niveau physique

**Obstructif = la maladie du tuyau.** En gros tu vas avoir un bouchon dans un vaisseau. Du coup t'as du mal à respirer. Les volumes sont normaux et le débit du vaisseau diminue beaucoup.

**Alors que restrictif= la maladie du sac** donc tu as moins de volume pulmonaire pour respirer, du coup tu respirez moins bien. Les volumes sont diminués ici et le débit est diminué mais moins que dans l'obstructif.

## Qu'est ce qui fait qu'on va avoir une IRC restrictive ou obstructive ?

Ca va aussi dépendre de la maladie de base. Par exemple le fonctionnement de l'asthme c'est que ça réduit le calibre de tes bronches donc comme ça réduit le calibre c'est une donc une maladie du tuyau donc une IRC obstructive.

Ca dépend vraiment du mécanisme de chaque maladie.

Tout ce que je t'ai expliqué n'est pas à apprendre, juste à comprendre :))

Si vous avez des questions n'hésitez pas !!

# Musculosquelettique:

6) Coucou

*Je comprends pas pourquoi tu dis que quand la longueur du sarcomère diminue la courbe est ascendante ? Si tu vas vers la gauche elle est descendante non ? Du coup ça serait à compté faux à l'exam?*

Saluut à toi <<3

Nous avons posé la question au professeur et il nous a répondu **qu'il ne poserait pas de questions sur le schéma car même lui a du mal à le comprendre**. Après à voir s'il le détaille ou non dans le cours en présentiel. Cœur sur vous : ))

7) Coucouuu !

*J'ai un peu de mal à comprendre la différence entre le reflexe myotatique et le reflexe myotatique inverse?*

*Merci d'avance*

Saluuut à toi<33

## **KESACO les différents réflexes ???**

On va abrégé réflexe myotatique = RM et réflexe myotatique inverse = RMI

1ère nuance : Le RM est stimulé par un étirement et va provoquer une contraction INVOLONTAIRE alors que le RMI est stimulé par une contraction et va provoquer lui un étirement INVOLONTAIRE

2ème nuance: Le RM est stimulé au niveau des fuseaux neuromusculaires alors que le RMI c'est au niveau des organes tendineux de golgi

3ème nuance: Dans le RM le neurone moteur gamma est activé alors que dans le RMI il est inhibé

Points commun: dans les 2 cas que ce soit les fuseaux ou les organes tendineux de golgi, les 2 vont envoyer des décharges électrique ou potentiel d'action à la moelle épinière. La moelle épinière va faire traiter en gros les informations par une chaîne d'interneurones.

Ces interneurones vont soit donner des informations activatrices ou inhibitrices. Dans le cas du RM elles sont activatrices donc le motoneurone gamma est activé alors que dans le RMI elles sont inhibitrices donc le motoneurone gamma est inhibé.

si tu as du mal va voir ces petites vidéos ludique : RM  
<https://www.youtube.com/watch?v=Bz7IYgLX6DY&t=67s>

RMI <https://www.youtube.com/watch?v=8ixdjQncvcc&t=5s>

8) Coucouu

*dans ta fiche, il y a la définition du ddl, "Les DDL (degré de liberté) parce que plus une articulation est mobile moins elle est stable. Exemple: épaule a 5 articulations qui a un grand ddl et qui est pourtant stable."*

*Mais je comprends pas trop ce que c'est, est ce que + le ddl est grand + l'articulation est stable ?*

*Merci d'avance pour ton aide*

Saluuuut <<3

Petit récap pour comprendre la suite:

Alors les DDL ou (degré de liberté) se caractérisent par des mouvements que peut faire l'articulation. **No Panique je m'expliqueeeeeeee.**

En gros je prends un exemple : si une articulation fait flexion/extension, et rotation (médiale ou latérale), elle fait 2 mouvements différents donc elle a 2 DDL. Plus une articulation pourra faire de mouvements plus elle sera instable.

Exemple dans la vraie vie: si tes parents te laissent trop de liberté et te posent pas de limites, tu vas + avoir tendance à faire des conneries. Pour les articulations c'est pareil !!

Là tu te dis ok mais c'est quoi le rapport ?????

En gros plus une articulation est mobile moins elle est stable = vrai++++

En réalité l'épaule est instable de base, mais le corps est une structure de luxe donc il a résolu le problème en insérant plein de structures qui l'entourent et qui la stabilise (ligaments, autres muscles...) qui la rendent donc + stable.

Dis moi si tu as saisi la nuance : )))

# Neuro::

9) Bonjour,

*je ne comprends pas le tableau de fin du cour sur les corpuscules pourrais-je avoir une explication svp, je ne sais pas a quoi correspond chaque ligne, merci d'avance.*

Je te fais un récap pour t'expliquer chaque ligne, si jamais tu as besoin de plus de précisionS n'hésite pas à me le dire !

1ère ligne : c'est simplement le nom de chaque corpuscule, FNM = fuseau neuromusculaire OTG = organe tendineux de Golgi

2e ligne : précision sur le corpuscule

3e ligne : localisation des corpuscules dans le corps

4e ligne : rapidité de transmission de l'information nerveuse

5e ligne : nom des fibres sensibles de transmission

6e ligne : voie sensitive au niveau du tronc cérébral que rejoint la fibre sensitive

7e ligne : ce à quoi est sensible le corpuscule, s'il détecte le chaud, le froid, la douleur, les formes au touché, les vibrations, ...

8e ligne : si la sensibilité est précise et à quoi elle est reliée

Voilà pour le récap, j'espère que c'est suffisamment clair, **sinon dit le moi et dans ce cas je demanderai au prof de m'expliquer en détail !**

10) Coucouuu !

*Est ce que le tableau de ta fiche mise à jour sur les corpuscules physiologiques est à apprendre?*

*Merci d'avance*

**Oui le tableau est à apprendre !**

11) Coucouu,

*Je voulais savoir si nous devons connaître le tableau du testing ?*

*Salut !*

**Oui, il faut le connaître !**

12) Salut, dans le cours de Yoan il dit dans son diapo et la vidéo que le Motor Assessment Scale est l'échelle la plus utilisée, la plus large "mais la moins précise" alors que dans sa fiche c'est spécifiée "la plus précise", du coup c'est juste pour savoir quelle version retenir ??

Salut !

Effectivement j'ai fait une **errata** dans ma fiche (oups), la version à retenir est bien celle dans la vidéo c'est à dire : le MAS est la plus utilisée et la plus large mais la moins précise.

Je vais modifier ça sur le champ