**A. RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR**

Nom : RUMOROSO

Prénom : Marie de Carmen

No d’assurance maladie : RUMM 6652 1311

Date de naissance : 1966-02-13

Adresse : 151 Rue Schubert, Dollard Des Ormeaux, Québec, Canada, H9B 2E5

Téléphone : 514-207-0556

No de dossier du travailleur : 506908359

Date de l’évènement d’origine : 2019-07-05

Date de la récidive, rechute ou aggravation : Nil

**B. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN**

Nom : CENTOMO

Prénom : Hugo

No permis : 1-18154

Adresse : 5777 Boul. Gouin Ouest, Suite 370, Montréal, Qc, H4J 1E3

Téléphone : 514-331-1400

Courriel : [adjointe.orthopedie@gmail.com](mailto:adjointe.orthopedie@gmail.com)

**DATE de l’expertise : 2024-10-02**

**C. RAPPORT**

1. Mandat de l’évaluation

Le but de l’évaluation est de répondre aux points suivants de l’article de la LATMP :

1) Diagnostic

2) Date de consolidation.

3) Nature, nécessité́, suffisance, durée des soins ou traitements administrés ou prescrits.

4) a) Existence de l’atteinte permanente à l’intégrité́ physique ou psychique.

b) Pourcentage de l’atteinte permanente à l’intégrité́ physique ou psychique.

5) a) Existence de limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle.

b) Évaluation des limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle.

2. Diagnostics acceptés par la CNESST

Diagnostics acceptés : Contusion membre supérieur gauche, entorse 2 poignets, entorse cervicale, déchirure partielle du ligament scapholunaire gauche, déchirure fibrocartilage 2 poignets, ténosynovite tendons extenseurs 2 mains, kyste poignet gauche.

Diagnostic à l’étude : Tunnels carpiens et cubitals et Lacertus bilatéraux.

3. Modalité de l’entrevue

L’évaluation suivante s’est tenue dans les locaux de la clinique d’orthopédie du Complexe Médicale Nord-de-Île, Montréal. Nous avons clairement expliqué à Mme Marie de Carmen Rumoroso notre mandat d’évaluateur indépendant désigné par la CNESST dans le cadre de l’application de l’article 204 de la LATMP. Nous lui avons précisé que nous n’agirons pas en tant que médecins traitants. Notre rapport d’évaluation sera d’abord envoyé́ à la CNESST.

Nous avons procédé́ au questionnaire subjectif ainsi qu’à un examen physique détaillé́ en relation avec les lésions à évaluer, nous nous sommes assurés à la fin de l’entrevue d’avoir couvert l’ensemble de la problématique.

Nous avons revu le dossier CNESST de même que le dossier médical. Nous avons pu consulter l’ensemble des rapports et des bilans radiologiques réalisés dans le cadre de l’évaluation de la lésion.

L’entrevue s’est effectuée cordialement, le travailleur participait pleinement à son entrevue. L’entrevue s’est déroulée entre 9h00 et 9h35 le 2 octobre 2024.

À la fin de l’entrevue, nous avons demandé́ à Mme Rumoroso si elle avait d’autres commentaires ou informations à nous divulguer. Cette dernière nous a répondu par la négative.

4. Identification

Âge : Il s’agit d’une femme de 58 ans.

Dominance : Elle est droitière.

Emploi : Elle travaille comme chauffeur d’autobus à l’emploi de la STM – Réseau des autobus Opération depuis 2012.

Elle travaillait à temps complet soit 40 heures par semaine.

Elle est de retour à son travail en assignation temporaire à raison de 4h de conduite 1 fois par semaine qu’elle tolère bien.

Scolarité : Doctorat en médecine au Mexique. Maîtrise en sexologie au Québec.

5. Antécédents

Médicaux : Sinusite à répétition

Chirurgicaux : Césarienne.

Au site et au pourtour de la lésion : Aucun

Accidentels :

CNESST : Aucun

SAAQ : Aucun

Autres : Aucun

Allergie : Aucune

Tabac : Négatif Cannabis : Négatif Alcool : Occasionnel

6. Médication actuelle et mesures thérapeutiques en cours

Physiothérapie cessée depuis 10 mois à la suite d’atteinte d’un plateau thérapeutique.

7. Historique de faits et évolution

La fiche de réclamation de la travailleuse décrit l’événement suivant survenu le **5 juillet 2019** :

« *Circuit 217 Ouest, je fait mes 2 arrêts stop, je regarde à gauche avant de partir après mon 2e arrêt stop, je regarde il n’y avait personne et tout à coup je me suis fait heurter à gauche violemment par un camion.* »

La travailleuse rencontre le docteur Robin Nathanson, le 5 juillet 2019. Il diagnostique une lacération à la tête associée à un trauma crânien, une possible contusion au bras gauche et au poignet droit. Il prescrit un arrêt de travail.

La travailleuse rencontre le docteur Vicenzo Colavincenzo, le 13 septembre 2019. Il diagnostique un trauma crânien, une commotion cérébrale, une contusion au membre supérieur gauche, une entorse au poignet et une entorse cervicale. Il prescrit de la physiothérapie, de l’ergothérapie, une consultation en psychologie et un arrêt de travail.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 5 octobre 2019. Il juge la condition clinique améliorée. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie, psychologie et l’arrêt de travail.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 19 octobre 2019. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail. Il prescrit une résonance magnétique du poignet gauche.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 23 novembre 2019. Il juge la condition clinique améliorée. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail.

La travailleuse obtient des résonances magnétiques des poignets gauche et droit, le 29 novembre 2019. Elle sont interprétées par le docteur Marie Lucie Doyon, radiologiste. Cette dernière constate :

«

*Poignet gauche*

*…*

*En conclusion :*

*Je soupçonne une déchirure partielle du ligament scapholunaire ainsi qu’une petite lésion kystique du pôle distal du semilunaire qui semble s’étendre à la surface articulaire.*

*Je soupçonne également une déchirure partielle des fibres cubitales du fibrocartilage triangulaire ainsi qu’un aspect hétérogène du ménisque homologue et une légère ténosynovite du tendon extenseur carpi ulnaire qui pourrait aussi être d’origine traumatique.*

*Légère synovite des tendons extenseurs carpi-radiaux court et long ainsi que des tendons du premier compartiment du poignet.*

*Poignet droit*

*…*

*Impression :*

*Œdème de la moelle osseuse au niveau de la base de l’apophyse styloïde du cubitus. La continuité de celle-ci avec le cubitus principal n’est pas bien démontrée et je suggère une corrélation avec une radiographie simple et au besoin une scintigraphie osseuse.*

*Il y a déchirure des fibres cubitales du fibrocartilage triangulaire ainsi qu’un aspect hétérogène du disque propre du ménisque homologue et un amincissement des fibres radiales.*

*Légère ténosynovite du tendon extenseur carpi-ulnaire. Légère synovite des gaines des tendons extenseurs carpi-radiaux court et long.* »

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 20 décembre 2019. Il relève les trouvailles des résonances magnétiques des poignets. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail. Il réfère la travailleuse en chirurgie plastique.

La travailleuse rencontre le docteure Beaudoin, le 28 janvier 2020. Il rapporte une douleur au poignet. Il réfère la travailleuse au docteure Stéphanie Hinse, chirurgien orthopédiste spécialisée en pathologie du membre supérieur.

La travailleuse rencontre le docteure Stéphanie Hinse, chirurgienne orthopédiste, le 19 février 2020. Elle diagnostique une entorse du poignet droit et gauche avec déchirure partielle du ligament scapholunaire, kyste, déchirure du TFCC et ténosynovite des extenseurs. Elle maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail. Le docteur Hinse ne compte pas revoir la travailleuse car elle ne traite pas les pathologies du poignet et réfère cette dernière en chirurgie plastique.

La travailleuse rencontre le docteure Colavincenzo, le 2 mars 2020. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en acupuncture et l’arrêt de travail.

La travailleuse rencontre le docteur Mihiran Karunanayake, le 4 mars 2020. Il diagnostique des entorses aux poignets bilatéraux. Il juge la condition clinique stable. Il prescrit des arthro-scan des deux poignets et maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 26 mars 2020. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, acupuncture et l’arrêt de travail.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 22 avril 2020. Il juge la condition clinique stable. Il maintien les traitements en physiothérapie, acupuncture et l’arrêt de travail.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 15 mai 2020. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 18 juin 2020. Il juge la condition clinique stable. Il maintient le traitement en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail.

La travailleuse revoit le docteur Karunanayake, le 20 juillet 2020. Il maintient le diagnostic d’entorse poignet bilatérale. Il prescrit des traitements en physiothérapie, ergothérapie et un arrêt de travail. Il rapporte aucune amélioration depuis un an, il prescrit une infiltration sous fluoroscopie au niveau du poignet droit en radiocarpien et une période de repos d’un mois. Il note que si la travailleuse ne s’améliore pas, il suggère une réorientation. Il prescrit une orthèse de repos poste infiltration.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 23 juillet 2020. Il juge la condition clinique légèrement améliorée. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 16 septembre 2020. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail.

La travailleuse revoit le docteur Karunanayake, le 28 septembre 2020. Il juge la condition clinique stable. Il note que l’infiltration en radiocarpien du poignet droit a peu soulagé la travailleuse. Il ajoute un diagnostic de tendinite de l’ECU, il suggère une infiltration et note une dernière intervention ensuite consolidation avec séquelles. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail. Il prescrit un Bull’s Eye Brace pour le poignet droit.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 14 octobre 2020. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie et l’arrêt de travail. Il rapporte que l’infiltration au poignet est peu efficace.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 1er décembre 2020. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie et l’arrêt de travail.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 23 janvier 2021. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie et l’arrêt de travail. Il note que la travailleuse est en attente de revoir son chirurgien plastique.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 16 mars 2021. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ajoute des traitements en ergothérapie et maintient l’arrêt de travail.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 7 mai 2021. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail. Il optimise l’analgésie.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 18 juin 2021. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail.

La travailleuse obtient une résonance magnétique cervicale, le 5 juillet 2021. Elle est interprétée par le docteur Yves Benabu, radiologiste. Ce dernier constate :

«*…*

*C4-C5 :*

*Déshydratation discale notée. Pas de sténose spinale. Pas de sténose foraminale. Par contre, arthrose facettaire noter légère à droite.*

*C5-C6 :*

*Petite protrusion discale noter centralement. Le diamètre résiduel antéropostérieur est de 12 mm. Pas de sténose foraminale à droite ou à gauche.*

*C6-C7 :*

*Déshydratation discale notée avec une légère protrusion discale en centrolatéral gauche de 5.8 x 2 mm. Pas d’uncarthrose à droite ou à gauche notée.*

*Opinion :*

*Atteinte de nature dégénérative légère, tel que décrit ci-haut. Je vous réfère au rapport ci-haut pourrait description.* »

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 3 septembre 2021. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail. Il note que la travailleuse devrait recevoir une infiltration cortisonée à la main droite, le 10 septembre 2021.

La travailleuse revoit le docteur Karunanayake, le 18 octobre 2021. Il juge la condition clinique stable. Il prescrit de la physiothérapie, de l’ergothérapie, un EMG pour des engourdissements à la main droite et maintient l’arrêt de travail.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 28 octobre 2021. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail. Il note que la travailleuse a obtenu son EMG le 25 octobre 2021.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 2 décembre 2021. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail.

La travailleuse est convoquée à une expertise médicale, le 2 décembre 2021. Cette expertise est réalisée par le docteur Jean-Paul Brutus, chirurgien plasticien. Le docteur Brutus statue sur les diagnostics de déchirure partielle du ligament scapholunaire poignet gauche, déchirure fibrocartilage cubital aux poignets, kyste du poignet gauche, ténosynovite des tendons extenseurs des deux mains et entorse poignet droit et gauche. Il ne consolide pas les lésions, il recommande de poursuivre les traitements de rééducation et en particulier, réaliser une évaluation des capacités fonctionnelles pour déterminer les capacités de la travailleuse. Accessoirement, le docteur Brutus diagnostique des syndromes de tunnels carpiens bilatéraux.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 28 janvier 2022. Il juge l’état clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail. Il note que la travailleuse a besoin d’une chirurgie et qu’elle doit revoir son chirurgien plasticien.

La travailleuse rencontre le docteur Isabelle Mousseau, chirurgien orthopédique, le 16 février 2022. Elle maintient les diagnostics de déchirure partielle du ligament scapholunaire gauche, déchirure du TFCC, kyste du poignet gauche, ténosynovite des extenseurs des mains et entorse des poignets droit et gauche. Elle note que son examen confirme le diagnostic du docteur Brutus, du 2 décembre 2021, soit des syndromes de tunnels carpiens bilatéraux. Elle inscrit la travailleuse sur sa liste opératoire pour une décompression de tunnels carpiens bilatéraux.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 28 avril 2022. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail.

Le Docteur Mousseau procède à une décompression du tunnel carpien droit, le 25 mai 2022. Chirurgie bien tolérée sans complication immédiate. Elle cesse les traitements en physiothérapie et maintient les traitements en ergothérapie. Elle note que la chirurgie au niveau du tunnel carpien gauche est à venir.

La travailleuse revoit le Docteur Mousseau, le 21 juin 2022. Suivi post-opératoire standard. La travailleuse est en attente pour sa chirurgie à sa main gauche.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 30 juin 2022. Il ajoute un diagnostic de syndrome Lacertus bilatérales. Il maintient les traitements en ergothérapie et l’arrêt de travail.

La travailleuse est vue par le docteur Jean-Pierre Berthiaume, psychiatre, pour un rapport d’évaluation médicale concernant sa situation psychologique. Le docteur Berthiaume rejette le diagnostic de syndrome post-traumatique et juge que la condition psychologique de la travailleuse est normale au moment de son examen.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 18 août et le 1er octobre 2022. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en ergothérapie et l’arrêt de travail.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 15 décembre 2022. Il juge la condition clinique améliorée. Il maintient les traitements en ergothérapie et prescrit des assignations temporaires.

La travailleuse rencontre le docteur Caroline Hamel, le 10 janvier 2023. Elle diagnostique des entorses bilatérales aux poignets. Elle procède à une infiltration du poignet droit.

La travailleuse est convoquée en expertise médicale, le 25 janvier 2023. Cette évaluation réalisée par le docteur Denis Ladouceur, neurochirurgien. Bien que ce soit hors mandat, le docteur Ladouceur ne reconnaît pas le diagnostic de TCC et consolide ce diagnostic, le 9 février 2023. Il juge qu’il y a suffisance de traitements. Il accord une atteinte de 1% au code 211 283 TCC. Quant aux limitations fonctionnelles, il n’en accorde aucune.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 9 février 2023. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en ergothérapie et les assignations temporaires. Il accorde des vacances du 19 mars au 9 avril 2023.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 13 avril 2023. Il juge la condition clinique améliorée. Il maintient les traitements en ergothérapie et les assignations temporaires.

La travailleuse est convoquée au bureau d’évaluation médicale (BEM), le 6 juin 2023. L’évaluation est réalisée par le docteur Ramez Malak, neurochirurgien. Le docteur Malak consolide le diagnostic de TCC léger, le 9 février 2023. Il y a suffisance de traitements et accord une atteinte permanente à l’intégrité physique de 1% soit 211 283 commotion cérébrale mineure. Il attribue aucune limitation fonctionnelle.

La travailleuse rencontre le docteur Huy Nhat Tan Pham, le 11 août 2023. Il diagnostique une entorse du poignet, tunnel carpien, tunnels cubital bilatéral, déchirure partielle du ligament scaphoïde du poignet gauche, une déchirure fibrocartilage cubital des deux poignets, une ténosynovite partielle des deux mains, une entorse cervicale, trauma crânien et une commotion cérébrale. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en ergothérapie et poursuit les assignations temporaires.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 12 octobre 2023. Il juge l’état clinique détérioré. Il suspend les traitements et prescrit un arrêt de travail complet.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 30 novembre 2023. Il juge l’état clinique stable. Il maintient l’arrêt des traitements et l’arrêt de travail complet.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 4 janvier 2024. Il juge l’état clinique stable. Il prescrit des traitements en physiothérapie, ergothérapie et maintient l’arrêt de travail.

La travailleuse rencontre le docteur Justin Colavincenzo, le 9 février 2024. Il diagnostique une entorse du poignet gauche et tunnel carpien et cubitale gauche. Il juge la condition clinique stable. Il prescrit des assignations temporaires.

La travailleuse obtient un rapport d’évaluation initial des capacités fonctionnelles en ergothérapie, en avril 2024. L’évaluation note une diminution légère à modérée du rendement occupationnel dans certaines activités. On suggère un essai avec les tâches régulières de manière progressive. L’ergothérapeute suggère aussi des accommodations dont deux boules de volant installées au volant de son autobus.

La travailleuse revoit le docteur Colavincenzo, le 14 août 2024. Il juge l’état clinique légèrement améliorée. Il prescrit des assignations temporaires.

8. Questionnaire subjectif et état actuel

**Appréciation subjective de l’évolution :** La travailleuse nous rapporte observer une amélioration constante entre chaque journée où elle conduit 4 heures par semaine. Elle croit qu’il est trop tôt pour statuer si elle sera en mesure de reprendre son travail régulier de chauffeur d’autobus.

**Plaintes et problèmes :** Elle se plaint principalement d’engourdissements aux deux poignets avec une perte de force et d’endurance musculaire avec une fatigue précoce. Elle rapporte des engourdissements sur le dorsum des mains qu’elle rapporte comme la présence constante de gants. Elle note une exacerbation de la douleur après des efforts soutenus. Les douleurs se présentent sous forme circonférentielle au niveau des poignets. Elle nie toute douleur au repos.

Elle note qu’elle peut transporter des charges de maximum de 5 kg. Elle nie tout engourdissement palmaire au niveau des mains. Les gestes de pousser et de tirer sont tout de même bien tolérer.

Elle rapporte une exacerbation de sa douleur lorsqu’elle maintient de façon statique ses mains comme tenir un livre de plus de 5 à 10 minutes. Elle rapporte avoir de la difficulté avec les gestes à dextérité fine par exemple, elle n’arrive plus à tricoter.

Elle nie tout symptôme ou capacité en regard de son rachis cervical ou de ses coudes.

**Impact sur AVQ/AVD :** cf feuille en annexe

9. Examen Physique

Poids : 50 kg Taille : 1.50 m Dominance : Droitière

**Observation générale et attitude :** La travailleuse s’est présentée à l’heure pour l’évaluation. À l’accueil elle se lève spontanément et l’attitude générale est exempt de positionnement antalgique ou de précaution en regard des membres supérieurs. On observe des oscillations symétriques lors de la démarche au niveau des membres supérieurs droit et gauche. Tout au long de l’entrevue et de l’examen, on remarque une légère diminution de la fluidité des mouvements avec ses mains gauche et droite.

La travailleuse est en mesure de marcher sur la pointe des pieds, sur les talons et exécute une marche en tandem avec difficulté mais réussit à la réaliser.

La travailleuse enlève avec aisance son manteau pour l’examen.

La collaboration offerte est optimale, pour les fins d’examen Madame est vêtue de façon à bien exposer les zones anatomiques à évaluer.

**Rachis Cervical :**

Palpation : pas de douleur au niveau des apophyses épineuses et en para cervical

Inspection : aucune atrophie, aucun œdème, lordose cervicale préservée

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Patient (e) | Normale |
| Flexion | 40 | 40o |
| Extension | 30 | 30o |
| Flexion Latérale G. | 40 | 40o |
| Flexion Latérale D. | 40 | 40o |
| Rotation G. | 60 | 60o |
| Rotation D. | 60 | 60o |

Amplitude articulaire :

Manœuvres radiculaires :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Signe de Lhermitte | NF | NF |
| Manœuvre de Spurling | Neg | Neg |
| Manœuvre de traction | Neg | Neg |

**Coudes :**

Palpation : aucune douleur à l’interligne articulaire, aucune douleur aux épicondyles latérales et médiales

Inspection : aucune déformation, pas d’atrophie. Présence d’une cicatrice non vicieuse en proximal de l’avant-bras proximal droit de 1.5cm x 0.2cm. Présence d’une cicatrice vicieuse hypertrophique et hyperpigmentée en palmaire de l’avant-bras proximal gauche mesurant **1.5cm x 0.5cm**

Amplitude articulaire :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Droit | | Gauche | | Normale |
|  | Actif | Passif | Actif | Passif |  |
| Flexion | 150 | - | 150 | - | 150o |
| Extension | 0 | - | 0 | - | 0o |
| Pronation | 80 | - | 80 | - | 80o |
| Supination | 80 | - | 80 | - | 80o |

Manœuvres ligamentaires :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Varus | Sec | Sec |
| Valgus (20o à 30o flexion du coude) | Sec | Sec |

Manœuvres instabilité :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Milking | NF | NF |
| Pivot-shift lateral | NF | NF |
| Push-up chaise | Neg | Neg |

Manœuvres tendinites :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Extension résistée | Neg | Neg |
| Flexion résistée | Neg | Neg |

**Atrophie musculaire :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Circonférence bras (cm) | NF | NF |
| Cironférence avant-bras (cm) | 21.0 | 21.0 |

**Poignets / Doigts:**

Palpation : Douleur au niveau de la tabatière anatomique. Aucune douleur à la styloïde radiale et ulnaire.

Inspection : on note des cicatrices non vicieuses en palmaire des mains droite et gauche de 1cm chacun site de la décompression des tunnels carpiens.

**Observation – DOIGTS**

|  |  |
| --- | --- |
| Atrophie : thénar / Interosseux | Absence |
| Amputation | Aucune |
| Déformation | Absence |
| Coloration | Normale |
| Discrimination sensitive | Normale |
| Trouble sudo- ou vasomoteur | Absence |

**Amplitude articulaire :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Droit | | Gauche | | Normale |
|  | Actif | Passif | Actif | Passif |  |
| Flexion | 40 | 45 | 45 | 55 | 70o |
| Extension | 40 | 50 | 60 | - | 60o |
| Déviation Cubitale | 30 | - | 10 | - | 30o |
| Déviation radiale | 20 | - | 15 | - | 20o |

La mobilité digitale :

Les amplitudes articulaires des doigts sont dans la limite de la normale.

|  |  |
| --- | --- |
| **Cote de Kapanji d’opposition des pouces** | |
| Droite | 10/10 |
| Gauche | 10/10 |

**Manœuvres :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Finkelstein | Neg | Neg |
| Tinel (n. médian) | Neg | Neg |
| Tinel (n. ulnaire) | Neg | Neg |
| Tinel (n. radial) | Neg | Neg |
| Phalen | Neg | Neg |
| Durkan | Neg | Neg |
| Froment | Neg | Neg |
| Ballottement | Neg | Neg |
| Pronation résistée coude en extension | Neg | Neg |
| «OK» sign | Neg | Neg |

**Force préhension (kg) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Premier essai | 3.8 | 6.6 |
| Deuxième essai | 3.7 | 5.5 |

**Neuro-vasculaire :**

Forces :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Racine (ASIA) | Droit | Gauche |
| C5 (flexion coude) | 5/5 | 5/5 |
| C6 (extension poignet) | 5/5 | 5/5 |
| C7 (extension coude) | 5/5 | 5/5 |
| C8 (flexion doigts) | 5/5 | 5/5 |
| T1 (abduction doigts) | 5/5 | 5/5 |

Sensibilités :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Racine | Droit | Gauche |
| C5 | 2/2 | 2/2 |
| C6 | 2/2 | 2/2 |
| C7 | 2/2 | 2/2 |
| C8 | 2/2 | 2/2 |
| T1 | 2/2 | 2/2 |

Réflexes :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Réflexes | Droit | Gauche |
| Bicipital | 2+ | 2+ |
| Tricipital | 2+ | 2+ |
| Hoffman | Neg | Neg |

Pouls :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Cubital | 2 | 2 |
| Radial | 2 | 2 |

10. Examens paracliniques

Vous référez au point 7, Historique des faits et évolution.

11. Conclusion

**Résumé :**

Il s’agit d’une femme de 58 ans, sans antécédent connu aux membres supérieurs droit et gauche avant l’événement d’origine du **5 juillet 2019**. La travailleuse s’est infligé une contusion au membre supérieur gauche, entorse des deux poignets, une entorse cervicale, une déchirure partielle des ligaments scapholunaire gauche, déchirure des fibrocartilages des deux poignets, ténosynovite des tendons des extenseurs des deux mains, un kyste au poignet gauche. Ces lésions ont été démontrées à la résonance magnétique ainsi qu’à l’arthro-scan. La CNESST nous demande de statuer sur les diagnostics de tunnel carpien bilatéraux, cubital et Lacertus bilatéraux. La travailleuse a bénéficié de traitements en physiothérapie et ergothérapie. Elle aurait bénéficié d’une investigation par EMG, le 25 octobre 2021 mais je n’ai pas accès à ce rapport. De plus, la travailleuse a bénéficié de décompression des tunnels carpiens droit et gauche ainsi que des décompressions du nerf médian au niveau du coude pour les syndromes de Lacertus. Il est à noter que nous avons uniquement une feuille d’évolution qui rapporte la date de chirurgie du de la décompression distal carpien droite soit le 25 mai 2022. Nous n’avons aucune information concernant les chirurgies au poignet gauche ainsi qu’au coude droit et au coude gauche. La travailleuse est toujours en assignations temporaires et vient tout juste de reprendre la conduite de son autobus à raison de 4 heures par semaine une fois par semaine. Les traitements en physiothérapie et ergothérapie ont été cessés depuis plus de 10 mois en raison d’une atteinte de plateau thérapeutique. Une évaluation des capacités fonctionnelles ne recommandait pas la participation à un programme des capacités fonctionnelles et suggérait d’adapter le volant de la travailleuse avec « des boules de volant ». La travailleuse nous rapporte qu’elle ne croit pas que ces modifications pourraient l’aider à mieux tolérer ses tâches de chauffeur d’autobus.

Sur le plan subjectif, la travailleuse rapporte observer une amélioration au niveau de sa tolérance à la conduite de son autobus. Elle note déjà une meilleure tolérance après une 2e tentative. Elle nous rapporte qu’elle juge qu’il est trop tôt pour statuer si elle sera en mesure de reprendre son travail régulier à tâches régulières. Elle se plaint principalement d’engourdissements au niveau des deux poignets avec de la fatigue au niveau de ses mains. Elle note des engourdissements sur la portion dorsale de ses mains qu’elle décrit comme si elle portait des gants en permanence. Elle note qu’elle est en mesure de pousser et tirer des objets mais elle ne peut transporter des charges de plus de 5 kg. Elle rapporte aucune plainte au niveau de son cou et de ses coudes.

Sur le plan objectif, on note une ankylose résiduelle au niveau des poignets droit et gauche. Les manœuvres mettant en évidence des signes de compression du nerf médian au niveau des coudes et des poignets sont tous négatifs. L’examen neurologique du nerf médian, ulnaire et radial est normale.

L’examen du coude et du rachis cervical est dans les limites de la normale.

Nous remarquons des cicatrices au niveau palmaire des mains où il y a eu décompression des tunnels carpiens ainsi que des cicatrices en proximal de l’avant-bras en palmaire où il y a eu décompression du nerf médian au niveau du Lacertus des coudes droit et gauche.

Enfin nous n’avons pas relevé de signe objectif d’atteinte sensitivomotrice d’origine radiculaire ou nerveuse périphérique.

À la lumière de l’analyse du dossier, du questionnaire subjectif et de l’examen objectif, voici notre opinion :

**Diagnostic :**

Diagnostics acceptés : Contusion membre supérieur gauche, entorse 2 poignets, entorse cervicale, déchirure partielle du ligament scapholunaire gauche, déchirure fibrocartilage 2 poignets, ténosynovite tendons extenseurs 2 mains, kyste poignet gauche.

Diagnostic à l’étude : Tunnels carpiens et tunnels cubitaux et Lacertus bilatéraux.

À la lumière de la revue du dossier, du mécanisme de lésion, de l’évaluation subjective, du manque d’investigation (aucun accès au rapport d’EMG), de rapports opératoires et de l’examen objectif d’aujourd’hui, nous sommes en mesure de conclure qu’il n’y a pas eu de lésion de tunnels carpiens, tunnels cubitaux et Lacertus en lien avec l’évènement d’origine du 5 juillet 2019. En effet, il y a absence de lésion de compression « crush injury » ou de fracture pouvant éventuellement entraîner des compressions du nerf médian au niveau des tunnels carpiens et des coudes.

C’est pour ces raisons que nous rejetons les diagnostics de tunnels carpiens, tunnels cubitaux et Lacertus bilatéraux. Il en reste à la CNESST et/ou au médecin traitant de statuer sur ce point.

**Date de consolidation :**

Le médecin qui a charge la travailleuse a rencontré cette dernière le 14 août 2024, il ne s’est pas prononcé sur ce point.

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST et la présente expertise et faisant l’objet de la présente demande, soit une contusion au membre supérieur gauche, des entorses aux 2 poignets, une entorse cervicale, une déchirure partielle du ligament scapholunaire gauche, une déchirure fibrocartilage aux 2 poignets, une ténosynovite aux tendons des extenseurs des 2 mains et un kyste au poignet gauche;

Considérant que la travailleuse a été traitée de façon appropriée, incluant de la physiothérapie, de l’ergothérapie et des infiltrations et que les modalités en réadaptation ont été cessées il y a plus de 10 mois après atteinte de plateau thérapeutique;

Considérant l’examen objectif des membres supérieurs droit et gauche, mettant en évidence une ankylose résiduelle des poignets sans objectiver aucun signe d’instabilité aux poignet ou atteinte neurologique;

Je suis d’avis qu’il y a atteinte de plateau thérapeutique pour ces lésions et je les consolide en date de la présente expertise soit le 2 octobre 2024.

**Nature, nécessité́, suffisance, durée des soins ou traitements administrés ou prescrits :**

Le médecin qui a charge la travailleuse a rencontré cette dernière le 14 août 2024, il ne s’est pas prononcé sur ce point.

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST et la présente expertise et faisant l’objet de la présente demande, soit une contusion au membre supérieur gauche, des entorses aux 2 poignets, une entorse cervicale, une déchirure partielle du ligament scapholunaire gauche, une déchirure fibrocartilage aux 2 poignets, une ténosynovite aux tendons des extenseurs des 2 mains et un kyste au poignet gauche;

Considérant que la travailleuse a été traitée de façon appropriée, incluant de la physiothérapie, de l’ergothérapie et des infiltrations et que les modalités en réadaptation ont été cessées il y a plus de 10 mois après atteinte de plateau thérapeutique;

Considérant l’examen objectif des membres supérieurs droit et gauche, mettant en évidence une ankylose résiduelle des poignets sans objectiver aucun signe d’instabilité aux poignet ou atteinte neurologique;

Considérant l’atteinte de plateau thérapeutique pour ces lésions et sa consolidation;

Je suis d’avis qu’il y a suffisance de traitement pour toutes les lésions en date de la présente expertise soit le 2 octobre 2024.

**Existence de l’atteinte permanente à l’intégrité́ physique ou psychique :**

Le médecin qui a charge se prononce sur ce point;

Considérant les diagnostics retenus par la CNESST ainsi que sa consolidation;

Considérant tous les points mentionnés aux points précédents;

J’attribue une atteinte permanente à l’intégrité physique pour les diagnostics de contusion au membre supérieur gauche, entorses aux 2 poignets, une déchirure partielle du ligament scapholunaire gauche, une déchirure fibrocartilage aux 2 poignets, une ténosynovite aux tendons des extenseurs des 2 mains et un kyste au poignet gauche.

Les pourcentages de l’atteinte permanente à l’intégrité physique seront présentés au point 12.

Pour le diagnostic d’entorse cervicale, j’attribue aucune atteinte permanente à l’intégrité physique ou psychique.

**Existence de limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle :**

Le médecin qui a charge ne s’est pas prononcé sur ce point;

Considérant les diagnostics retenus par la CNESST ainsi que sa consolidation;

Considérant tous les points mentionnés aux points précédents;

J’attribue des limitations fonctionnelles pour les diagnostics de contusion au membre supérieur gauche, entorses aux 2 poignets, une déchirure partielle du ligament scapholunaire gauche, une déchirure fibrocartilage aux 2 poignets, une ténosynovite aux tendons des extenseurs des 2 mains et un kyste au poignet gauche.

Pour le diagnostic d’entorse cervicale, j’attribue aucune limitation fonctionnelle.

**Évaluation des limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle :**

La travailleuse doit éviter avec ses mains et ses poignets :

- serrer, agripper et soutenir de façon répétitive des charges de plus de 5kg

- les tâches rapides qui nécessite une dextérité fine

- les tâches répétitives de flexion et extension des poignets.

- en tout temps subir des vibrations ou contre-coup.

12. Pourcentage d’atteinte permanente à l’intégrité physique ou psychique

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | SÉQUELLES ACTUELLES | | | |
|  | Code de séquelle | | Description | % |
|  |  | | **Poignet droit** |  |
|  | 103 499 | | Atteintes des tissus mous membre supérieur droit avec séquelles fonctionnelles | 2 |
|  | 106 236 | | Perte de 25o de flexion poignet droit | 2 |
|  | 106 183 | | Perte de 10o d’extension poignet droit | 1 |
|  |  | | **Poignet gauche** |  |
|  | 103 499 | | Atteintes des tissus mous membre supérieur gauche avec séquelles fonctionnelles | 2 |
|  |  | | Perte de 15o de flexion poignet gauche |  |
| 2. | SÉQUELLES ANTÉRIEURES | | | |
|  | 211 283 | Commotion cérébrale mineure | | 1 |
| 3. | AUTRES DÉFICITS LIÉS À LA BILATÉRALITÉ | | | |
|  |  | **Poignet gauche** | |  |
|  | 103 499 | Atteintes des tissus mous membre supérieur gauche avec séquelles fonctionnelles | | 2 |
|  | 106 236 | Perte de 15o de flexion poignet gauche | | 2 |

Chart, line chart

Description automatically generated

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hugo Centomo, MD, PhD, FRCS ©

Chirurgien-orthopédiste