

DATE : 29/10/2024

GROUPE : MOUSSA Ibrahim & AMET Thomas

REMARQUE : Pour avoir accès aux vidéos, il faut se créer un compte (gratuit) et saisir le mot clé "comprendre" (tout en minuscule).

Le prof a fait quelques commentaires rapides sur certaines vidéos

SÉMIOLOGIE DU MEMBRE INFÉRIEUR

Table des matières

I. Généralités.....	3
A. Motif de consultation.....	3
B. Antécédents.....	3
C. Anamnèse.....	3
D. Mode de vie.....	3
E. Retentissement fonctionnel.....	4
II. Signes fonctionnelles.....	4
A. Douleurs.....	4
B. Craquements.....	4
C. Gonflement articulaire.....	5
D. Instabilité.....	5
E. Raideur.....	5
F. Blocage.....	5
III. Inspection.....	5
A. Aspect cutané.....	5
B. Déformation.....	5
C. Marche (pas la peine de s'acharner à l'apprendre).....	6
IV. Palpation.....	6
A. Reliefs osseux.....	6
B. Tendons.....	6
C. Pouls.....	6
V. Amplitude articulaire.....	7
VI. Vidéos.....	7
Vidéo 1 : Boiterie de Trendelenburg.....	7
Vidéo 2 : Boiterie d'esquive (caillou dans la chaussure).....	7
Vidéo 3 : Steppage.....	7
Vidéo 4 : Fauchage.....	7
Vidéo 5 : Réflexe rotulien.....	8

Vidéo 6: Réflexe calcanéen.....	8
Vidéo 7 : Réflexe cutané plantaire (Syndrome pyramidal).....	8
Vidéo 8 : Signe de la clé (Signe du ballotement).....	8
Vidéo 9 : Signe de la sonnette (Ne pas retenir).....	8
Vidéo 10 : Marche d'un genu varum.....	8
Vidéo 11 : Marche d'un genu valgum.....	8
Vidéo 12: Anatomie de surface.....	8
Vidéo 13 : Tiroir antérieur.....	9
Vidéo 14 : Lachman.....	9
Vidéo 15 : Ressaut rotatoire (Ne pas retenir).....	9
Vidéo 16 : Tiroir postérieur.....	9
Vidéo 17 : Testing du LCI et du LCE.....	9
Vidéo 18 : Laxité du LCI.....	9
Vidéo 19 : Examen de rotule.....	9
Vidéo 20 : Instabilité rotulienne.....	10
Vidéo 21 : Signe du J.....	10
Vidéo 22 : Anatomie de surface (cheville).....	10
Vidéo 23 : Test de Silfverskiold.....	10
Vidéo 24 : Tiroir antérieur (cheville).....	10
Vidéo 25 : Testing de LCL et du LCM (cheville).....	10
Vidéo 26 : Rupture du tendon d'Achille.....	10
Vidéo 27 : Test d'impaction antérieur et postérieur.....	11
QCMs :	11
QCM 1 : Examen clinique et interrogatoire.....	11
QCM 2 : Types de douleur.....	12
QCM 3 : Symptômes fonctionnels et signes associés.....	12

I. **Généralités**

Examen clinique = interrogatoire + examen physique

AVANT le paraclinique (radio, scanner, IRM...) : pour l'orienter, l'interpréter et orienter la décision thérapeutique

Interrogatoire : âge, sexe, habitude, circonstance, comorbidités, motif de consultation.

A. **Motif de consultation**

« Pourquoi consultez-vous ? »

Ça peut correspondre à des signes fonctionnels. Le patient ne vient pas consulter pour une « gonarthrose » mais plutôt pour une « gonalgie invalidante » de son genou. Son problème est sa douleur au genou et l'impact que ça a sur son quotidien.

Il faut essayer de cibler les attentes du patient. De cela découlera le traitement.

B. **Antécédents**

Médicaux A-t-il pris des traitements antalgiques, anticoagulants ? vaccins ?
allergies : chercher la réaction qui s'est produite lors de la prise du
médicament pour savoir si c'est une vraie allergie ou juste une intolérance ?

Chirurgicaux

Traumatiques

Familiaux

Il faut essayer de mettre ces éléments, dans la mesure du possible, dans l'ordre chronologique, les datés. Éventuellement, ajouter les noms des référents/chirurgiens du patient.

Des fois le patient peut dire ne pas avoir d'ATCD alors qu'il a une dizaine traitement, qu'il a eu des hospitalisations ou qu'il présente des cicatrices. Donc ne pas hésiter à redemander.

C. **Anamnèse**

Ancienneté et mode d'apparition des symptômes

Ttt mis en œuvre

Si c'est un trauma, demander des informations sur le mécanisme, la cinétique, l'heure du traumatisme.

Dans un contexte d'orthopédie, on essayera de savoir s'il est à jeun ou pas, l'heure de son dernier repas.

D. **Mode de vie**

Profession

Loisirs

Sport

Lieu de vie : maison / appartement, étage, ascenseur

Toxiques (Tabac +++ OH ...) : on peut avoir des problèmes si on ne note pas dans un compte-rendu qu'on a informé le patient des risques du tabagisme sur la cicatrisation, le risque infectieux...

Autonomie: périmètre de marche, canne/déambulateur, sortie du domicile

Entourage: personnes aidantes / aidées, IDE

E. Retentissement fonctionnel

= répercussion des signes fonctionnels sur les activités quotidiennes
marche, escaliers, accroupissement, habillage...

Arrêt de travail

Arrêt des pratiques sportives / sociales

Chutes

Répercussion psychologique

> Indices algo-fonctionnel de Lequesne (hanche et genou)(pas vraiment utilisé, seulement dans des études)

II. Signes fonctionnelles

A. Douleurs

Localisation +/- irradiation

Intensité: auto-évaluation (Échelle numérique 0-10, EVA) ou hétéroévaluation (algotest)

Prise d'antalgiques

Type : décharge, brûlure, crampes, piqûre, pulsatile...

Horaire:

Mécanique : à l'effort

→ Arthrose, tendinopathies

Inflammatoire : au repos, déverrouillage matinal long puis améliorée à l'effort

→ Arthrite, ostéites, tumeurs, rhumatismes inflammatoires, algodystrophie

Début et évolutivité:

Aiguë < 3 semaines < Subaiguë < 3 mois < Chronique

Début Brutal/ Progressif

Permanent / Intermittent

Facteurs déclenchant, aggravant et calmants

Type nosologique :

Nociceptive: topographie =lésion, pas de signe neurologique, sera traité par des antalgiques « classiques »

Neuropathique: signe neuro associés, chronique, brûlures, picotement... parfois retardé à la lésion, peut nécessiter des antiépileptique ou antidépresseur

B. Craquements

CE articulaire, lésion cartilagineuse, lésion méniscales/labrale

En aigu : Fracture ou rupture ligamentaire

C. Gonflement articulaire

Différents types d'épanchement : Hydarthrose (liquide synoviale) / Hémarthrose(sang; il faut toujours chercher la cause lors d'une hémarthrose) / Pyarthrose (pus)

D. Instabilité

Faire la différence entre instabilité et laxité. Instabilité = symptôme subjectif du patient et laxité = examen clinique

E. Raideur

Limitation d'amplitude articulaire

F. Blocage

Diminution aiguë et importante de l'amplitude (ex : ménisque qui va se décrocher, luxer une languette à un endroit où elle n'a rien à faire et on sentira un corps étranger dans le genou et on aura un blocage)

Pseudo blocage rotulien : douleur fémoro-patellaire qui va entraîner un accrochage rotulien (ce n'est pas réellement un blocage)

III. Inspection

A. Aspect cutané

Cicatrices pour déceler des antécédents chirurgicaux

Aspect inflammatoire

Fracture ouverte : Cauchoix / Gustilo (sur l'image de gauche, on n'ira pas faire de chirurgie car ça peut nécroser)



B. Déformation



VARUS (Lucky Luke) : déviation angulaire en DEDANS du segment distal

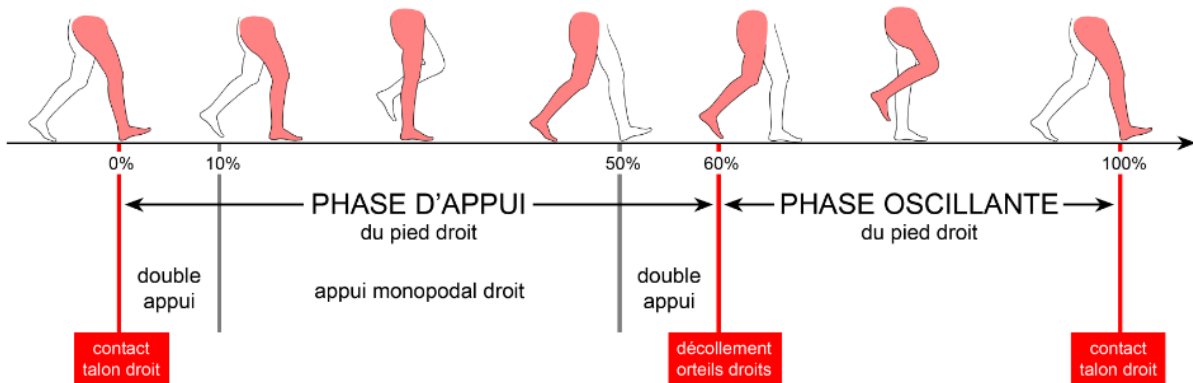
VALGUS : déviation angulaire en DEHORS du segment distal

Évaluer le segment distal par rapport au segment proximal. (ex : hallux valgus)



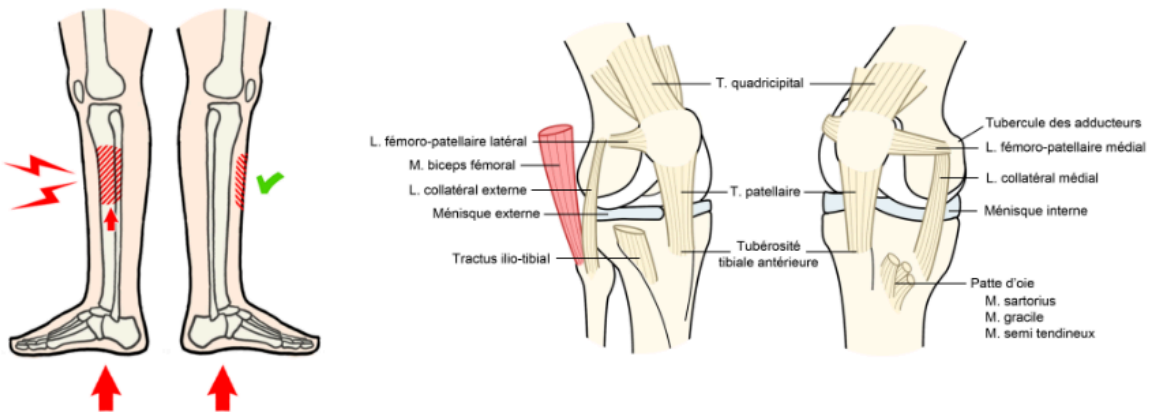
Luxation postérieure/antérieure. (sur l'image c'est une luxation postérieure de la cheville)

C. Marche (pas la peine de s'acharner à l'apprendre)



IV. Palpation

A. Reliefs osseux



Ex : Patient avec douleur au tibia. Douleur due à une contusion ou d'origine fracturaire ? Pour savoir, on va appuyer à distance et dans l'axe du tibia. Si c'est une fracture, la douleur sera présente lors de cet appui. Si c'est une contusion, ce ne sera pas douloureux.

B. Tendons

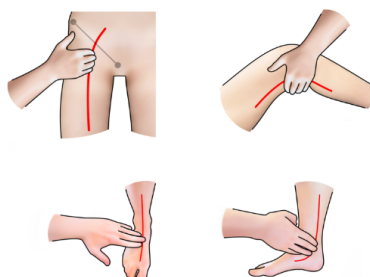
Triade tendinopathie

Douleur lors de la palpation, l'étirement et la contraction contre résistance



C. Pouls

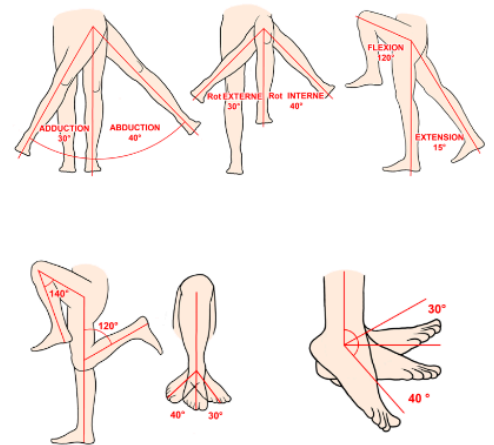
A ne pas oublier



V. Amplitude articulaire

(A ne pas apprendre)

La mesure des amplitudes peut être évaluée avec un goniomètre.



VI. Vidéos

Vidéo 1 : Boiterie de Trendelenburg

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-1-boiterie-de-trendelebourg-1189>

- Insuffisance du moyen fessier à droite
- Bascule de l'hémi bassin en appui monopodal du côté droit

Vidéo 2 : Boiterie d'esquive (caillou dans la chaussure)

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-2-boiterie-d-esquive-1190>

- Marche plus rapidement du côté qui fait mal

Vidéo 3 : Steppage

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-3-steppage-1191>

- Insuffisance des releveurs du pieds
- Pied traîne par terre
- Hyperflexion du genou
- Pointe des pieds

Vidéo 4 : Fauchage

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-4-fauchage-1192>

- Raideur quadriceps / triceps (jambe reste en extension)
- Varus équin de la cheville

- Arc de cercle pour passer le pas (= fauchage)
- Hyper spasticité
- Hyper-extension au niveau du quadriceps

Vidéo 5 : Réflexe rotulien

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-5-reflexe-rotulien-1193>

Vidéo 6: Réflexe calcanéen

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-6-reflexe-calcaneen-1194>

Vidéo 7 : Réflexe cutané plantaire (Syndrome pyramidal)

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-7-reflexe-cutane-plantaire-1195>

Vidéo 8 : Signe de la clé (Signe du ballottement)

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-8-signe-de-la-cle-1196>

- Faire rouler la hanche
 - recherche une raideur de hanche (arthrose)
- (articulation de la hanche = douleur dans l'aîne)

Vidéo 9 : Signe de la sonnette (Ne pas retenir)

-Douleur lors de la rotation interne de la hanche.
<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-9-signe-de-la-sonnette-1197>

Vidéo 10 : Marche d'un genu varum

-condyle interne usé
<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-10-marche-d-un-genu-varum-1198>

Vidéo 11 : Marche d'un genu valgum

-condyle externe usé
<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-11-marche-d-un-genu-valgum-1199>

Vidéo 12: Anatomie de surface

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-12-anatomie-de-surface-1219>

- en légère flexion (meilleur accès aux reliefs)
- palpation explication
- restancier script
- douleur ligamentaire → verticale
- douleur méniscale → horizontale

Vidéo 13 : Tiroir antérieur

-rupture ligament antérieur associée à la rupture du ligament

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-13-tiroir-antérieur-1201>

Vidéo 14 : Lachman

pas d'arrêt dur ->mou ; on peut avoir une rupture isolée du ligament antérieur sans tiroir antérieur

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-14-lachman-1202>

Vidéo 15 : Ressaut rotatoire (Ne pas retenir)

instabilité antéro latéral du genoux

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-15-ressaut-rotatoire-1203>

Vidéo 16 : Tiroir postérieur

avalemment de la Tête du tibia ant Tubérosité tibiale antérieure TTA

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-16-tiroir-posterieur-1204>

Vidéo 17 : Testing du LCI et du LCE

-Avec une légère flexion (30°)

-On les teste en varus/valgus

-On peut observer une très légère laxité en condition physiologique

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-17-testing-du-lci-et-du-lce-1205>

Vidéo 18 : Laxité du LCI

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-18-laxite-du-lci-1206>

Vidéo 19 : Examen de rotule

- Ascension contrariée de la rotule
- Signe du Rabot (bouge la rotule de haut en bas (cherche un rape/douleur)
- Signe de Zolène (main sur le rotule et demande de contracter la rotule)

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-19-examen-de-rotule-1207>

Vidéo 20 : Instabilité rotulienne

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-20-instabilite-rotulienne-1208>

- Signe de smillie positif (si appréhension de la luxation extérieur)
- Toujours en extérieur , luxation uniquement sous AG

Vidéo 21 : Signe du J

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-21-signe-du-j-1209>

Vidéo 22 : Anatomie de surface (cheville)

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-22-anatomie-de-surface-1220>

- flexion contrariée ??
- en vers = tendon commun des extenseurs
- long extenseur de l'hallux
- Articulation et tendons -> palpation
- Le pouls (ne pas oublier)
- Différentes interlignes

Vidéo 23 : Test de Silfverskiold

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-23-test-de-silfverskiold-1212>

- Pour rechercher un raccourcissement du gastrocnémien, en extension complète, pas de flexion dorsale de cheville

Vidéo 24 : Tiroir antérieur (cheville)

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-24-tiroir-anterieur-1213>

- instabilité de cheville chercher un comparatif avec l'autre cheville un tiroir excessif

Vidéo 25 : Testing de LCL et du LCM (cheville)

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-25-testing-du-lcl-et-du-lcm-1214>

-comparaison au côté controlatéral

Vidéo 26 : Rupture du tendon d'Achille

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-26-rupture-du-tendon-d-achille-1215>

- Décubitus ventral, on laisse les pieds dans le vide = perte de l'équin physiologique (on ne voit plus le relief du tendon)
- signe du thompson
- palpation du mollet signe positif si pas de mouvement



- - L'égère flexion plantaire sur cheville saine (différent si rupture tendon = perte de l'équin physiologique)

-

Vidéo 27 : Test d'impaction antérieur et postérieur

<https://e-sauramps-medical.com/semiologie-membre-inferieur/video-27-test-d-impaction-antérieur-et-postérieur-1216>

- au niveau de la cheville conflit des tissus cicatricielle souvent recherche un conflit antérieur en hyperflexion dorsal

QCMs :

QCM 1 : Examen clinique et interrogatoire

Lequel des énoncés suivants est correct concernant l'examen clinique et l'interrogatoire dans la sémiologie de l'appareil locomoteur ?

- A) L'examen clinique repose uniquement sur l'observation et l'analyse des mouvements articulaires.
- B) Le motif de consultation doit être exprimé en termes de diagnostic (par exemple, "gonarthrose").
- C) L'anamnèse doit inclure l'ancienneté et le mode d'apparition des symptômes, ainsi que les traitements antérieurs.
- D) L'interrogatoire n'inclut pas les antécédents médicaux ou chirurgicaux, seulement l'état actuel.

Réponses :

A) Faux : L'examen clinique inclut non seulement l'observation mais également un interrogatoire complet avant les examens paracliniques.

B) Faux : Le motif de consultation doit être formulé en termes de symptômes fonctionnels, comme la douleur, et non en diagnostic spécifique comme "gonarthrose".

C) Vrai : L'anamnèse comprend l'ancienneté, le mode d'apparition des symptômes, et les traitements déjà entrepris.

D) Faux : L'interrogatoire couvre les antécédents médicaux, chirurgicaux, ainsi que les traitements reçus.

QCM 2 : Types de douleur

À propos des différents types de douleur, lesquelles des propositions suivantes sont correctes ?

- A) La douleur inflammatoire est souvent pire au repos et s'améliore avec l'exercice.
- B) La douleur neuropathique est toujours aiguë et se manifeste par une sensation de compression ou de décharge électrique.
- C) La douleur mécanique est associée à des pathologies dégénératives comme l'arthrose et apparaît à l'effort.
- D) La douleur nociceptive est souvent chronique et répond mieux aux anti-inflammatoires qu'aux antalgiques classiques.

Réponses :

A) Vrai : La douleur inflammatoire se manifeste souvent au repos, en particulier la nuit, et tend à s'améliorer avec l'exercice.

B) Faux : La douleur neuropathique est chronique, et peut se manifester par des brûlures, des picotements, et parfois des décharges électriques.

C) Vrai : La douleur mécanique est liée aux pathologies dégénératives comme l'arthrose et apparaît typiquement lors de l'effort.

D) Faux : La douleur nociceptive est aiguë, bien localisée, et répond généralement aux antalgiques classiques, sans nécessiter d'anti-inflammatoires.

QCM 3 : Symptômes fonctionnels et signes associés

Concernant les signes fonctionnels dans la sémiologie de l'appareil locomoteur, quelles affirmations sont exactes ?

- A) La raideur est une diminution aiguë et importante de l'amplitude articulaire, souvent due à un blocage.
- B) Les craquements articulaires peuvent être associés à des lésions cartilagineuses ou méniscales.

- C) Le gonflement articulaire indique toujours une fracture ou une rupture ligamentaire.
- D) L'instabilité articulaire est un symptôme objectif observé lors de l'examen physique.

Réponses :

A) Faux : La raideur est une limitation de l'amplitude articulaire, mais un blocage indique une diminution aiguë et importante de l'amplitude.

B) Vrai : Les craquements articulaires peuvent être associés à des lésions cartilagineuses ou méniscales.

C) Faux : Le gonflement peut être causé par une hydarthrose, une hémarthrose, ou une pyarthrose, et n'est pas exclusivement dû à une fracture ou une rupture ligamentaire.

D) Faux : L'instabilité articulaire est un symptôme subjectif ressenti par le patient, alors que la laxité peut être observée objectivement lors de l'examen clinique.