



UE / ENSEIGNANT : UE 19 / Dr O. Remy-Neris

DATE : 25/09/2023

GROUPE : Marion De La Guéronnière, Jeanne Labbé, Laurine Duquesne

REMARQUES : Le même cours que l'année dernière mais fait par un autre prof (on a donc laissé ce qu'il n'a pas dit)

SÉMIOLOGIE DE LA POSTURE

Table des matières

1) Introduction	page 2
2) Interrogatoire	page 3
3) Examen physique	page 3
a) Examen de la posture	page 4
b) Vérification du bassin	page 11
c) Vérification des membres inférieurs	page 12
d) Vérification des pieds	page 15

Objectifs sémiologie de la posture :

- Pouvoir définir un trouble de la posture
- Pouvoir identifier un trouble de la posture
- Pouvoir définir et décrire la marche normale
- Identifier les paramètres possiblement à l'origine des troubles de la marche
- Pouvoir réaliser l'examen clinique de la marche
- Pouvoir identifier les grands types de marche pathologique

I - Introduction

Les troubles de la posture peuvent avoir un impact sur la marche.

Qu'est-ce que la posture ?

- La façon dont on se tient quand on n'est pas en mouvement
- Fait intervenir les structures musculosquelettiques
- Nécessite un équilibre (contrôle avec le système nerveux avec intervention du cervelet, l'oreille interne, la vision)

Définition du trouble de la posture selon le dictionnaire médical de l'Académie de Médecine :

« Attitude définie en fonction de la disposition des différents segments corporels les uns par rapport aux autres à un moment donné, en corrélation avec la morphologie générale de l'individu et la nécessité de la résistance antigravitaire. »

Résistance antigravitaire et station debout : le patient est capable de maintenir son équilibre de façon à être debout sans avoir à être entouré d'un côté ou de l'autre.

Les anomalies de postures induisent des troubles du mouvement. Ces anomalies induisent des pathologies souvent douloureuses pouvant aller jusqu'à la chirurgie. (la douleur n'est pas forcément au niveau de l'anomalie) Une douleur au pied peut entraîner une lombalgie par tension musculaire.

La posture érigée est en S pour mieux absorber les contraintes (contrairement à un dos raide = déformation du rachis ou une hypertorsion du dos). Si elle n'est pas satisfaisante ça entraîne des pathologies.

Une bascule du bassin influe sur la posture du dos : c'est physiologique, et ça peut même amener à des pathologies chez ceux qui n'en sont pas capables.

Spontanément on ne voit pas forcément la déformation on va voir des petits éléments (ex : asymétrie des omoplates)

Imaginons un patient qui nous consulte avec pour motif « un trouble de la posture », qu'est-ce qu'on va rencontrer comme problème et qu'est-ce qu'on va devoir résoudre en consultation ?

Quels troubles de la posture identifiez-vous ?

- Évolution positive/négative ?
- Est-ce qu'il y a un moment où il faut s'inquiéter ?

Mise en situation :

« Mon enfant a le dos tout tordu : quel examen clinique doit-on réaliser ? »

- Examen en position statique debout
- Regarder le bassin voir s'il est bien équilibré
- Examen du rachis en faisant le dos rond
- Regarder si le patient a des pieds plats
- Vérifier les courbures : cyphose/lordose
- Interrogatoire
 - Quand est-ce que ça a commencé (congénital/traumatique/ancien/récent) ?
 - Mesurer le retentissement de ces troubles de la posture dans la vie quotidienne (douleur..)

L'examen postural est plus sensible en position debout.

1) Interrogatoire

- Antécédents :
 - congénital (luxation congénital des hanches..)
 - traumatisme (fracture..)
 - autres exemples : épiphysiolyse (une des têtes fémorales peut être abîmée), maladie neurologique
- Traitements (exemple : si un patient prend des corticoïdes, il y a un risque accru d'ostéoporose et un risque accru de déformation osseuse)
- Mode de vie
- Motif de consultation :
 - Un "truc tordu", une asymétrie
 - Une atypie, est-ce « normal » ou « anormal » ?
- Préciser le début et le mode d'installation des troubles (chronologie)
 - Congénital
 - Brutal (ex : traumatique)
 - Progressif
- Recherche de douleurs et caractérisation des douleurs
- Symptômes associés

2) Examen physique

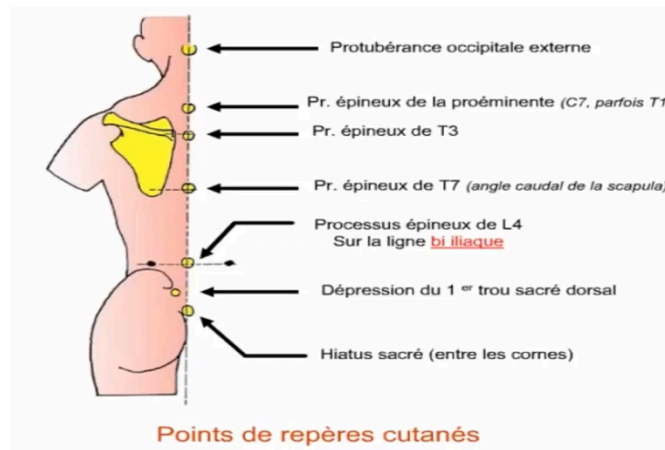
A) Examen de la posture

Cet examen est assez standardisé. Il faut mettre le patient dans de bonnes conditions. En **position statique debout** (patient en sous-vêtements, inspecter de face et de profil).

- Le bassin doit être équilibré (si le bassin est de travers, il faut regarder s'il n'y a pas une inégalité de longueur des MI pour rééquilibrer le bassin sinon on risque de conclure à tort à des déformations qui n'existent pas)
- Le rachis doit être droit (demander à la personne de se redresser)
- Morphologie des membres (valgum, varum ou autres déformations)
- Pieds (déformation, écartement)

L'origine d'un trouble de la posture peut être dû à un problème :

- Soit au niveau du rachis
- Soit au niveau des membres inférieurs (inégalité de longueur des membres inférieurs (ILMI), genoux, chevilles, pieds)



C7 = première épineuse saillante à la base de la nuque

T7 = épineuse passant par la ligne joignant la pointe des omoplates

L3/L4 = épineuses passant par la ligne joignant les crêtes iliaques (utile pour les ponctions lombaires)

S2 = sommet du pli inter fessier

Repères au niveau des membres inférieurs :

- Grand trochanter (au niveau de hanches)
- Condyles (au niveau des genoux)
- Malléoles (au niveau des tibias)

Pour examiner le sujet, on le déshabille, on le met « au garde-à-vous » : jambes tendues, pieds nus réunis, genoux en extension complète, MS qui pendent le long du corps, mains posées sur la face antéro-externe des cuisses, regard droit devant.

On commence par regarder l'harmonie générale du sujet.

On regarde ensuite la posture générale du rachis : rachis à faible/moyenne/forte courbure.

- Le **fil à plomb de dos** (tendu depuis l'axe C7).

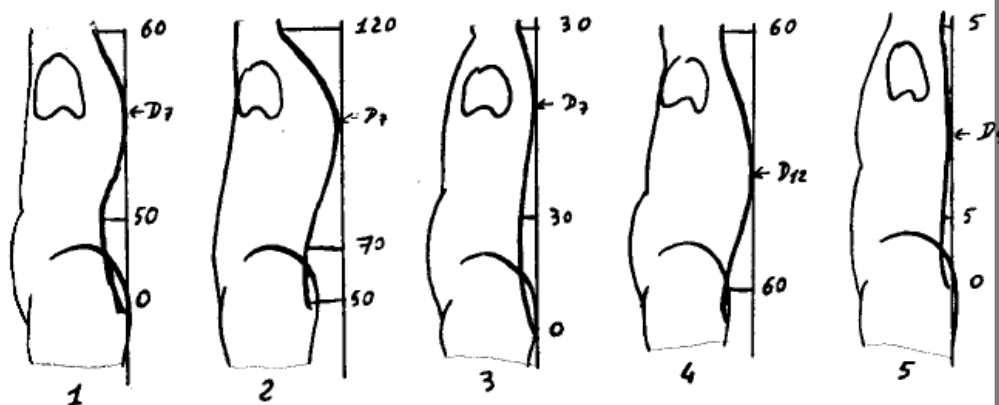
On note les épineuses tangentes au fil à plomb. On mesure la distance du fil à plomb par rapport à l'épineuse de C7 (pour estimer la projection en avant du sujet), la distance du fil à l'apex de la cyphose (en notant un max la position des épineuses), la distance du fil à l'apex de la lordose (pour connaître la flèche au niveau lombaire, cf image ci-dessous) et la distance du fil au pli inter fessier.

- Le **fil à plomb de profil**.

On n'observe pas **de courbure dans le plan frontal** mais on a bien des **perturbations dans le plan sagittal** (lordose cervicale et lombaire, cyphose thoracique et sacrale). On se demande s'il y a une inversion des courbures ?

NB : Si vous voulez mieux comprendre cet examen, vamos a ver la vidéo suivante : <https://www.youtube.com/watch?v=-tFWHIF10dg>

QUELQUES EXEMPLES :



1 - rachis à courbures accentuées : flèche de cyphose : 55 mm.

2 - cyphose dorsale dysharmonieuse : flèche de cyphose : 95 mm.

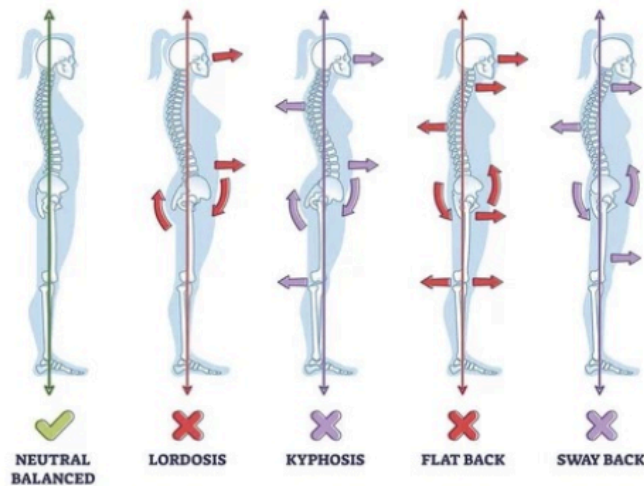
3 - rachis normal : flèche de cyphose : 30 mm.

4 - cyphose dorso-lombaire : apex D12, flèche de cyphose : 60 mm.

5 - dos plat harmonieux : flèche de cyphose : 5 mm.

NB : Les normes suivantes ne sont pas importantes à connaître.

TYPES OF STANDING POSTURE



On peut avoir une lordose exagérée qui va se traduire par une antéversion du bassin. On peut avoir une cyphose plus importante. On peut avoir une atténuation des courbures avec un dos qui semble plat. On mesure la flèche des cyphoses et des lordoses, c'est important pour voir si la déformation progresse ou est stable.

La **scoliose** est une déformation de la colonne vertébrale qui se situe souvent dans les **3 plans de l'espace**, c'est une **déformation tridimensionnelle +++** :

- Plan frontal : vers la droite ou vers la gauche
- Plan sagittal : vers l'avant ou vers l'arrière
- Plan transversal : mouvement de rotation des vertèbres sur elles-mêmes

C'est une courbure **toujours pathologique** qui s'accompagne d'une rotation irréductible des vertèbres par rapport à leur axe, entraînant une rotation des côtes et faisant saillir le grill costal d'un côté (gibbosité).

Lors de l'examen physique, toutes les épineuses ne sont pas alignées avec le fil à plomb.



Il y a un risque d'évolution chez l'enfant et l'adolescent du fait du phénomène de croissance (importance de la datation de l'apparition des troubles de la posture et de la mesure de son évolution (s'aggrave/se maintient stable)).

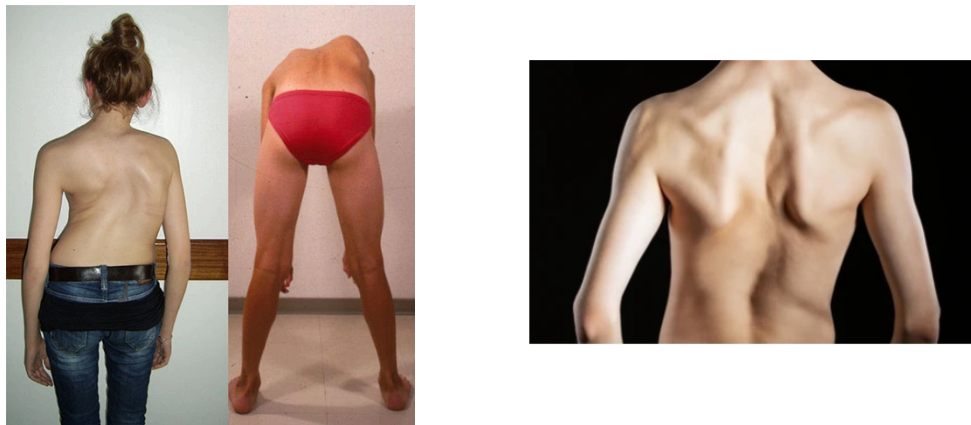
Du fait de cette déformation dans les 3 plans de l'espace, on verra l'apparition de ce qu'on appelle la **gibbosité**. Elle correspond à une bosse due à une courbure anormale du rachis entraînant une rotation des corps vertébraux et se manifeste par une saillie postérieure de la cage thoracique (arcs costaux). C'est le signe clinique le plus important de la scoliose. La gibbosité apparaît à côté du haut de la colonne vertébrale dans le cadre d'une scoliose thoracique et à côté du bas de la colonne vertébrale dans le cadre d'une scoliose lombaire. Il faut mesurer la hauteur de cette gibbosité = déformation. Il n'y a pas de gibbosité en cas de lordose ou de cyphose mais uniquement en cas de scoliose.

Examen : Pour bien la visualiser il faut demander au patient de se pencher en avant.

2 techniques :

- Soit le patient est assis sur la table d'examen, on vérifie absolument que le bassin soit bien équilibré. On le fait se pencher en avant et on évalue sa scoliose tout en mesurant sa gibbosité.
- Soit on fait exactement la même chose mais en position debout. Dans ce cas, on doit prendre soin de bien compenser l'inégalité des MI si elle existe.

Il faut vraiment être sûr que la déformation provient du rachis et non pas des MI.



Il existe différents types de scolioses mais dans tous les cas, lors de l'interrogatoire, il est important de vérifier les **maladies/troubles pré-existants** chez le patient. Un sujet ayant une maladie neuromusculaire associée sera beaucoup plus à risque d'avoir une scoliose qu'un patient qui n'en a pas. C'est exactement la même chose avec les pathologies neurologiques et ce, notamment chez les enfants (ex : paralysie cérébrale). Les évolutions de ces scolioses liées à une pathologie ne sont pas du tout les mêmes que celles des scolioses idiopathiques (dont on ne connaît pas la cause).

NB : La scoliose idiopathique est la plus fréquente, notamment à l'adolescence.

Au delà de 40 degrés on opère les scolioses, jusqu'à 30 degré on met un traitement orthopédique avec des corset

Les scolioses d'origine neurologique sont engendrées par des paralysies neurologiques (touchant le cerveau ou la moelle épinière) ou des maladies neuromusculaires (myopathie..).

Et enfin, il existe les scolioses congénitales. Elles sont liées à la fabrication imparfaite des vertèbres qui vont se développer de manière asymétrique. On fait donc systématiquement des radiographies chez les nourrissons qui présentent un semblant de déformation.

La plupart du temps, les scolioses sont le propre de l'adolescent avec un risque d'évolution du fait de cette période de forte croissance. La raison pour laquelle elle est plus fréquente pendant **l'adolescence** est que la croissance osseuse n'est pas uniforme avec une colonne vertébrale qui continue à grandir jusqu'à vers 18 ans. Lors de la puberté, on va avoir une croissance de 6 à 8 cm/an durant 2 ans avec un fort impact sur la croissance au niveau du dos. Une scoliose qui pouvait être très discrète avant la puberté peut être très importante après.

Rappels sur l'examen clinique :

Debout, on vérifie l'équilibre du patient. On regarde le sujet, en position anatomique de référence (ou au « garde à vous ») et on vérifie :

- L'alignement des épaules et omoplates
- L'alignement du pli de la taille
- L'alignement iliaque
- L'équilibre du bassin

Que voyez-vous sur cette radiographie ?

- **Scoliose thoracique à convexité gauche**
- Bassin équilibré (critère de qualité de la radio pour évaluer une scoliose)
- **Épaules asymétriques** (épaule gauche plus haute)
- **Pli de la taille probablement asymétrique** (plus prononcé d'un côté que de l'autre)

Dans certains cas, les scolioses importantes et situées au niveau lombaire peuvent entraîner une déformation, une **asymétrie au niveau du bassin**, donnant l'impression que le bassin n'est pas droit.

Calcul de l'angle de Cobb = élément de suivi des scolioses sur plusieurs années

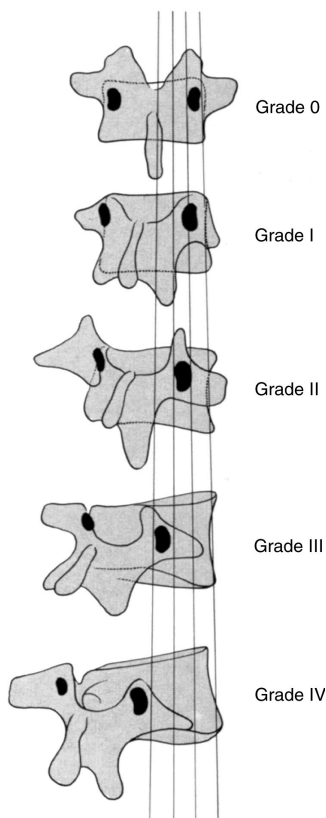
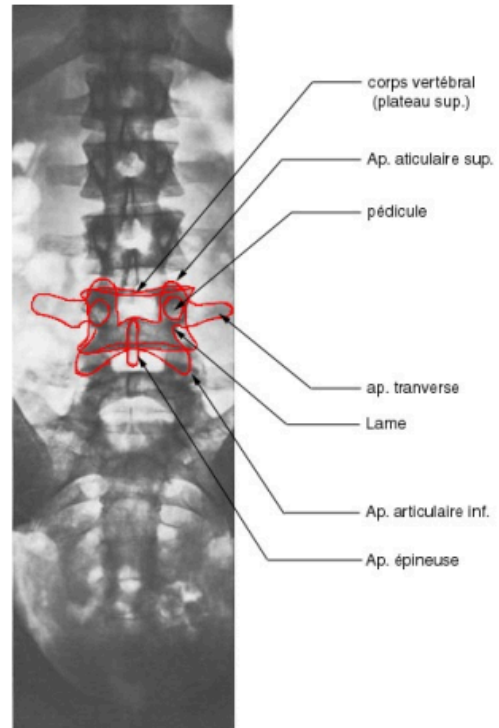
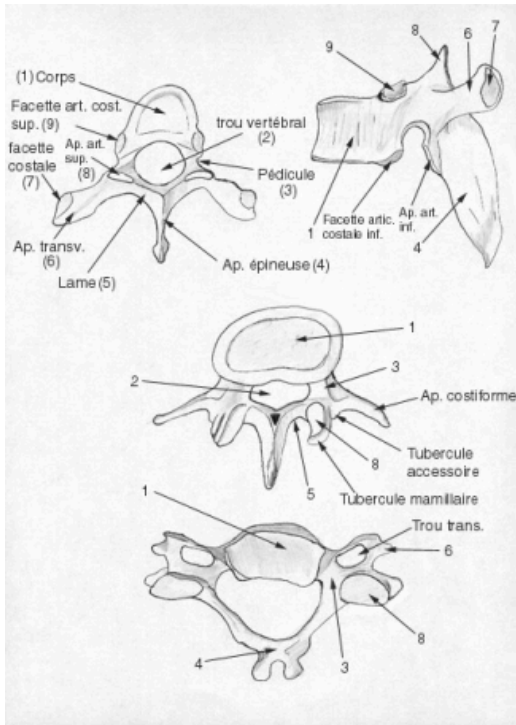
Technique pour visualiser la déformation tridimensionnelle :



Il faut **visualiser les pédicules** (ce sont les espèces de petits ronds que l'on voit au niveau de chaque vertèbre). Ici, les pédicules sont bien symétriques au niveau lombaire mais pas au niveau thoracique.

S'attacher à regarder les pédicules permet d'avoir une idée de l'importance de la rotation vertébrale.

NB : Il y en a quasiment tout le temps lors de scoliose idiopathique, ce qui n'est pas forcément le cas dans le cadre de scolioses congénitales ou liées à une pathologie neurologique.



SIGNES RADIOLOGIQUES DESCRIPTIFS

Radiographie du rachis (face, debout)

Vertèbre limite SUP

Vertèbre SOMMET

Vertèbre limite INF

ANGLE DE COBB

+1,61°

Scoliose thoracique, à convexité gauche

Pour quantifier une scoliose :

- On mesure la **hauteur de la gibbosité**.
- On complète notre examen par un **examen radiologique**. On fait une radiographie de face, un **télérachis** de face, en position debout avec une compensation de l'inégalité de longueur des MI. Sur ce télérachis, on tente d'identifier la **vertèbre limite supérieure** de la scoliose (c'est la vertèbre supérieure de la courbure). De la même manière, on identifie la **vertèbre limite inférieure** (c'est la vertèbre inférieure de la courbure). Enfin, on mesure l'angle entre ces 2 vertèbres : c'est **l'angle de Cobb**.
- On peut aussi grader la scoliose, sur une échelle de 0 à 4, en fonction de la position de ces pédicules. Au grade 0, les pédicules sont bien symétriques alors qu'au grade 4, l'asymétrie des pédicules est importante.

NB : Pour quantifier l'asymétrie, il faut avoir une idée de la ligne médiane et de la manière dont les pédicules se positionnent par rapport à la ligne médiane.

En général, on considère que l'on a une **scoliose "vraie"** à partir du moment où on a une **déformation tridimensionnelle avec une rotation des vertèbres (que l'on visualise avec la rotation des pédicules) et un angle de Cobb > 10°**. Si l'angle de Cobb dépasse 40°, il faudra quasiment à chaque fois une opération.

Ces méthodes de quantification servent à assurer un **suivi** et repérer une éventuelle **dégradation** de l'état.

/!\ Ne pas confondre scoliose et attitude scoliotique !

L'**attitude scoliotique** est une déformation, une déviation du rachis dans seulement **un plan de l'espace** (le plus souvent le plan frontal mais qui n'est pas associée à une rotation vertébrale). L'attitude scoliotique est **réductible** car il n'y a **pas de rotation** du corps vertébral sur lui même et donc **pas de gibbosité**. Cette pathologie est souvent en lien avec une hypotonie (défaut de musculature, patient tout mou « avachi ») ou, moins souvent, en lien avec une ILMI (inégalité de longueur des membres inférieurs). Il faut toujours vérifier que le bassin soit bien horizontal. +++

L'**attitude antalgique** se voit chez un sujet tordu d'un côté, désaxé. C'est une attitude acquise. Il s'agit d'une inflexion et non d'une rotation.

La **cyphose** est une courbure dans le **plan sagittal**, où la **convexité** est vers l'arrière. Elle est physiologique au niveau dorsal et pathologique si elle est retrouvée à un autre niveau ou si elle est trop accentuée au niveau dorsal (patient voûté).

La **lordose** est une courbure dans le **plan sagittal**, où la **concavité** est vers l'arrière. Elle est physiologique au niveau cervical et lombaire et pathologique si elle est retrouvée à un autre niveau ou si elle est trop accentuée. Par exemple, la grande lordose lombaire est retrouvée chez un patient trop cambré.

Mise en situation :

« Mes jambes ne sont pas droites. »

- Mesurer segment par segment pour savoir s'il y a bien une symétrie au niveau des deux côtés (croissance)

NB : On est tous un peu disymétriques mais on commence à s'inquiéter quand on observe 1/2cm de différence entre les deux jambes.

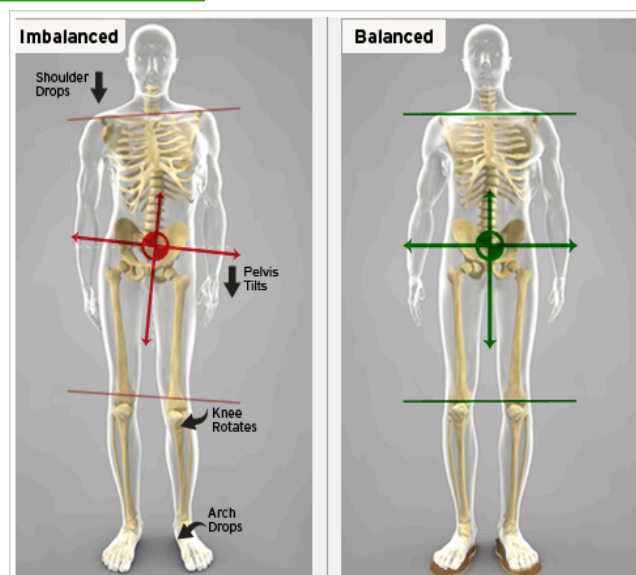
- Regarder dans les différents plans de l'espace : regarder les valgus/varus/varum



Ici on voit que la vérification de l'équilibre du bassin lors de l'examen est primordiale. Sur la première image le bassin est complètement de travers alors que sur la deuxième image, une cale a été placée sous le MI court de l'enfant de sorte à rétablir l'égalité de longueur des segments et l'équilibre du bassin. Le rachis n'est plus du tout positionné de la même façon après ce ré-équilibre.

!! Il ne s'agit que d'une projection, on ne sait pas forcément si il y a une rotation du bassin ou juste une bascule.

B) Vérification du bassin

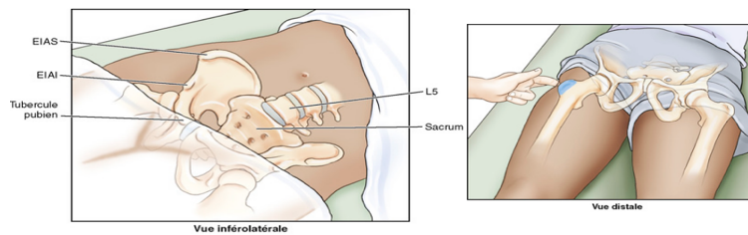


Quand on vérifie la posture, il faut donc vérifier que le **bassin** est correctement aligné. Pour apprécier l'équilibre du bassin, il faut se baser sur les **épinos iliaques antéro supérieures** (qui se palpent assez facilement). Si le bassin n'est pas horizontal, il existe un risque de conclure à une scoliose alors qu'il n'y en a pas.

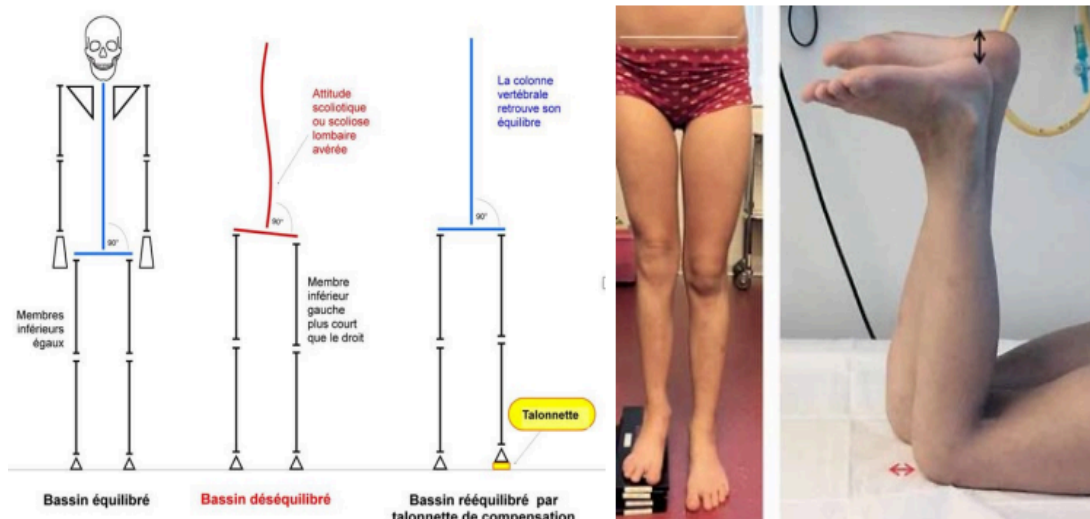
La personne est debout, pieds joints, sans recurvatum ou flexum (faire attention notamment chez les enfants). Regarder au niveau des 2 crêtes iliaques si elles sont bien symétriques. S'il existe un déséquilibre, il se répercute au niveau des épaules et des genoux (désalignés). Regarder la longueur respective des membres inférieurs afin d'identifier une éventuelle inégalité et quantifier à quel niveau cette inégalité se situe : segment fémoral ou tibial ? Pour ce faire, on utilise des repères osseux : malléoles, condyles, qui sont des repères fixes.

On retrouve souvent une attitude scoliotique en cas de déséquilibre du bassin, qui permet au corps de compenser. Le traitement consiste en la rééquilibration du bassin par des talonnettes de compensation.

Une des causes de bascule peut être une **dérogation du genou physiologique qui peut être symétrique ?**



C) Vérification des membres inférieurs



Si suspicion **d'inégalité de longueur** des MI, l'objectif est de savoir à quel niveau, segment se situe cette inégalité de longueur (au niveau du segment de la cuisse, de la jambe ou bien au niveau du segment de la cheville ou du pied). Pour cela, il est important d'avoir des repères.

Les inégalités de longueur des MI, peuvent être d'origine:

- **d'origine congénitale** : certains enfants naissent avec un fémur court (en lien avec une programmation génétique de croissance qui n'est pas la même dans les deux MI).
- **acquise** : Apparaît **au cours de la croissance** des évènements viennent perturber la croissance des jambes.

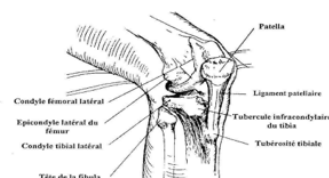
Chez les enfants, il est important de mesurer régulièrement cette inégalité de longueur des MI car elle peut se creuser avec la croissance. Plus le problème débute tôt plus le pronostic va en faveur d'un risque de dégradation.

Les inégalités acquises sont le plus souvent liées à l'atteinte, la destruction du cartilage de croissance lié à un traumatisme ou à une infection par exemple. La cause doit être recherchée lors de l'interrogatoire.

L'idée est de déterminer quel segment est affecté, en s'aidant des repères osseux que l'on peut palper :

- Le grand trochanter
- L'EIAS (au niveau du bassin)
- Les condyles du genou
- Les malléoles au niveau de la cheville

Vue antéro-latérale



Lors de l'examen des MI, on observe également ceux-ci dans les différents plans de l'espace et on peut ainsi trouver des MI en **varus**, ou en **valgus**.

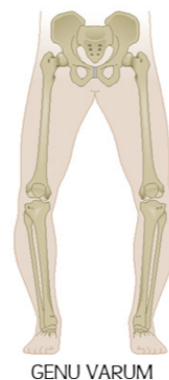
GENU VARUM



GENU VALGUM



NORMAL



GENU VARUM



GENU VALGUM

- On peut quantifier ces déformations par la mesure avec un **goniomètre** de l'**angle fémoro-tibial**.

De manière physiologique, on a **genu valgum** avec un angle inférieur à 15°

A partir du moment où l'angle est inférieur à 10°, on rentre dans la catégorie du **genu varum**.

A partir du moment où l'angle est supérieur à 20°, on rentre dans la catégorie du **genu valgum**.

Pour quantifier un genu varum, vous allez mesurer **la distance entre les 2 épicondyles médiaux des fémurs droit et gauche**. Pour le genu valgum, vous allez mesurer **l'espace intermalléolaire**.

Donc lors de l'examen clinique, il faut mesurer :

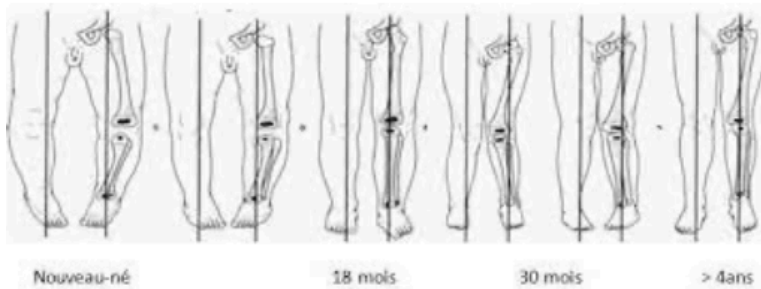
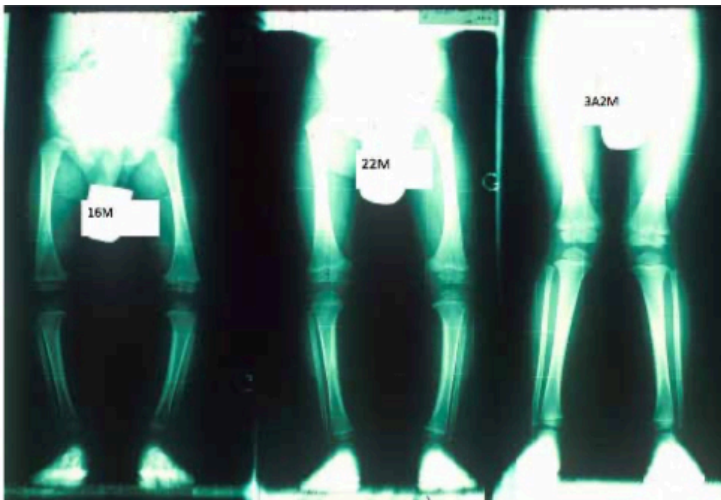
- **L'angle fémoro-tibial**
- **L'espace intercondylien (genu varum), l'espace intermalléolaire (genu valgum)**



Certaines de ces « déformations » sont physiologiques chez l'enfant. Le squelette acquiert progressivement sa position grâce aux contraintes mécaniques et les segments de réorientent petit à petit.

Le **genu varum** est physiologique entre **0 et 2 ans**. Le genu varum est pathologique s'il est sévère, s'il ne régresse pas après 2 ans ou s'il est asymétrique.

Le **genu valgum** est physiologique à **partir de 2 ans**. Le genu valgum est **maximal à 3 ans** (jusqu'à 20° d'angle fémoro-tibial).



On ne voit plus beaucoup de gros genu varum/valgum car c'est plutôt bien traité et rééquilibré. Les seuls cas extrêmes qui persistent encore de nos jours sont des patients atteints d'ostéomalacies.

On peut avoir d'autres déformations telles que :

- des **flexum** (ou flessum) de genou ou de hanche (**impossibilité d'étendre le genou, la hanche... complètement**), cela peut être d'origine osseuse, musculaire,..bassin antéversé. Le flessum de hanche est une anomalie qu'on ne voit pas facilement (que allongé sur le ventre)
- des **recurvatum** (**excès d'extension**) de genou. (Une personne qui a une faiblesse du quadriceps aura tendance à mettre son genou en recurvatum / ou ça peut être une stratégie de compensation d'une inégalité de longueur de MI)



Pour comprendre ces déformations, il faut chercher les antécédants, les causes qui pourraient être à l'origine de celles-ci.

Ex : un AVC, une SEP, un traumatisme mal consolidé

D) Vérification des pieds

Au niveau des pieds, on peut avoir la même situation qu'au niveau des genoux (varus ou valgus des arrière-pieds).



- pieds en varum

Il faut vérifier la symétrie de l'atteinte, puisqu'une déformation asymétrique peut avoir un retentissement sur l'équilibre des segments supérieurs.



pied bot varus équin



Exemple de **varus équin du pied** (à droite nouveau-né avec bot varus équin → déformation congénitale).

On propose des orthèses chez l'enfant pour essayer de **limiter** (anomalie pas corrigeable, on peut seulement limiter) ces déformations en varus équin. Quand on est face à quelqu'un qui présente un pied varus équin, lui demander de mettre les pieds au sol pour mesurer l'importance de cet équin. + Faites attention à la posture des genoux car c'est très fréquent que les personnes avec un équin au niveau des pieds se mettent en flexum ou en recurvatum de genou pour compenser.

Il est également important de vérifier si la déformation est **réductible**. Si celle-ci est réductible, elle peut être simplement liée à une habitude sans qu'il y ait pour autant de déformation osseuse ou de raccourcissement musculaire (triceps sural).

Donc quand on a une déformation sur un segment des membres, il faut vérifier les segments sus et sous-jacent pour savoir s'il y a des phénomènes de compensation qui se mettent en place.

Autre élément intéressant à regarder c'est la déformation au niveau des chaussures.



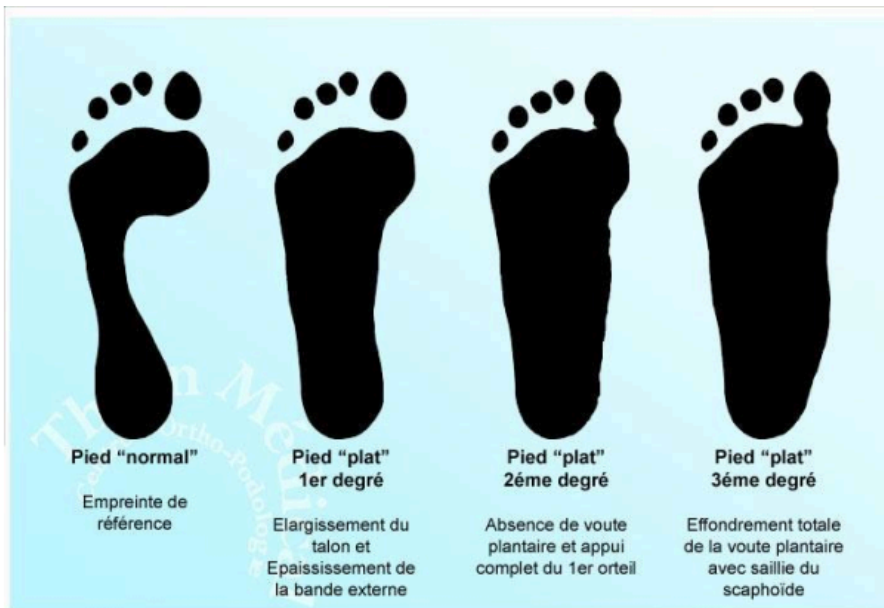
La personne qui porte ces chaussures a sans doute un genu valgum.

On peut aussi retrouver des **pieds plats**, quantifiables avec l'examen au podoscope.

Il existe trois degrés (pas à retenir) de déformation en fonction de l'appui au niveau de l'arche interne :

- **1er degré** : épaissement de la bande externe
- **2e degré** : la bande externe est presque longitudinal
- **3e degré** : effondrement complet de la voûte plantaire avec saillie du scaphoïde

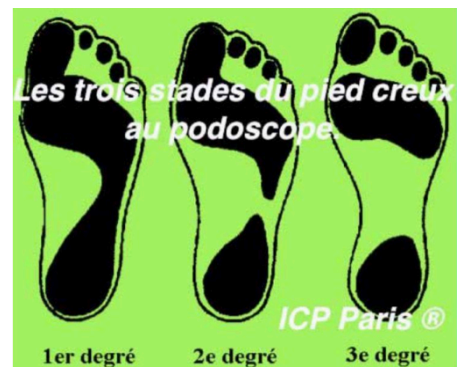
Le pied plat n'est pas forcément douloureux tant qu'il reste souple



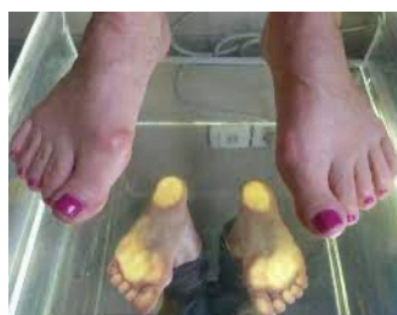
Il existe aussi des **pieds creux**, quantifiables avec l'examen au podoscope.

Il existe trois stades (toujours pas à retenir) pour quantifier l'importance du pied creux :

- **1er stade** : maintien de l'appui
- **2e stade** : destruction
- **3e stade** : plus du tout d'appui sur le bord externe



Il faut être vigilant car souvent quand on voit des sujets avec des pieds en varus c'est associé à des déformations du pied et notamment un pied creux.



Quand on a des déformations des pieds, on va donc faire notre examen physique, mais on va aussi fréquemment l'associer avec un examen radiologique. Pour l'examen radiologique, on va demander une **radiographie de face et de profil, les pieds en charge**. On ne doit pas faire une radiographie des pieds pour un trouble de la posture sans que la personne soit debout sur ses pieds. Et on va pouvoir mesurer différents angles (pas à connaître). Mais il faut penser à quantifier l'importance de la déformation notamment lors de la période de croissance pour les enfants...



Griffe des orteils



Hallux valgus



Hallux varus

On peut trouver également d'autres déformations des pieds :

- Pour l'image en haut à gauche, on peut voir une **griffe des orteils**. → Penser à mettre le patient sur un podoscope et vérifier si elle est réductible ou irréductible.
- Pour l'image en haut à droite, on a un **hallux valgus** avec une saillie de la tête de la 1ère métacarpo-phalangienne.
- Au contraire, en bas, on a un **hallux varus** avec cette impression que le premier rayon s'écarte des autres rayons.

Un patient avec un pied déformé peut présenter des troubles de la marche, simplement parce qu'il est douloureux et qu'il ne peut pas dérouler le pied correctement.

On peut opérer les orteils mais c'est très rare d'opérer un pied plat ou creux.

Le message derrière est de penser à aller au bout de l'examen physique et demander à ses patients de se déchausser parce que ce type de déformation peut induire des douleurs et des troubles de la marche.

Questions:

L'attitude scoliotique n'est pas réductible.

- Faux, il n'y a pas de rotation donc peut être réduite

Le genu varum est physiologique entre 0 et 2 ans

- Vrai