

## ED2 : Sémiologie de l'appareil locomoteur : Membres inférieurs

### 1. Sémiologie de la hanche

- A l'interrogatoire : on recherche les signes fonctionnels

<b>Douleur</b>	<b>Siège et irradiation:</b> Antérieure -> <b>Siège inguinal</b> <b>Postérieure</b> -> Fessière (!\ <b>diagnostique différentiel:</b> la sciatalgie) Externe -> Trochantérienne Interne -> Génito-crurale Haute -> Crête iliaque
	<b>Intensité, rythme et horaire:</b> Important pour différencier la <u>douleur mécanique</u> de la <u>douleur inflammatoire</u>
	<b>Facteurs aggravant/déclenchant:</b> Prise d'antalgiques à quantifier
<b>Impotence fonctionnelle</b>	<b>Absolute (en cas de fracture par exemple)</b> Impossibilité de marcher Talon ne peut être décollé du lit (clinostatisme)
	<b>Relative:</b> Boiterie (besoin ou pas de canne) → d'Esquive → de Duchenne → de Trendelenbourg
<b>Raideur articulaire</b>	<b>Limitation de l'amplitude de certains mouvements par ex:</b> → En abduction → A l'accroupissement → En flexion-abduction (« <i>je ne peux plus faire mes lacets</i> »)

Devant une **douleur isolée du genou** faire **SYSTEMATIQUEMENT** un **examen de la hanche** (+++).

- **A l'examen clinique :**

<b>Inspection:</b> <b>Patient DESHABILLE +++</b>	<b>Patient debout:</b> <u>En statique</u> (de face et de dos) Vérif. de l'équilibre global, ligne du bassin, ligne des épaules <u>En marche</u> <u>Accroupissement</u> (+ spécifique pour l'examen du genou)
	<b>Patient couché sur plan dur:</b> Vérif. si les <u>membres inférieurs</u> sont bien parallèles et si les <u>lignes bi-iliaques</u> sont bien perpendiculaires à l'axe du corps
<b>Palpation</b>	<b>Mobilités normales:</b> (toujours <b>dans cet ordre</b> ) Flexion/Extension/Abduction/Adduction/Rotation Interne/Rotation Externe <b>Normes: 140/20/35-40/35-40/10-30/10-30</b>
	<b>Recherche de points et secteurs douloureux:</b> au niveau des régions trochantérienne et inguinale En cas de <b>Coxarthrose:</b> Limitation en rotation interne avec douleurs et salut coxal
	<b>Déformation:</b> En cas de fracture du col cervical on aura un raccourcissement de la jambe, une rotation externe et une adduction
<b>Examens d'imagerie</b>	<b>Radio standard de face:</b> Patient en décubitus dorsal ou debout et la jambe à 20° de rotation interne <b>Radio en faux profil de Lequesne</b> (patient debout et le dos à 60° de la table) <b>Radio en profil chirurgical</b> (patient allongé avec la jambe surélevée)

## 2. **Sémiologie du genou**

- **A l'interrogatoire : on recherche les signes fonctionnels**

<b>Douleur</b>	<b>Siège:</b> Antérieur -> Niveau rotulien Latéral -> Niveau de l'interligne Postérieur -> Creux poplité (souvent sujet au kyste poplité)
	<b>Irradiations:</b> Jambe antéro-externe (tibia) Face postérieure de la cuisse
	<b>Intensité, rythme et horaire:</b> Toujours pour différencier <u>douleur mécanique</u> et <u>douleur inflammatoire</u>
	<b>Facteurs aggravant/déclenchant:</b> Montée ou descente des escaliers Position assise prolongée Prise d'antalgiques à quantifier

<b>Impotence fonctionnelle</b>	<b>Absolute:</b> ne peut plus bouger son genou
	<b>Relative:</b> Boiterie (besoin ou pas de canne) Instabilité (souvent synonyme de <b>rupture du LCA</b> ) Blocage du genou en flexion (atteinte <b>méniscale</b> )
<b>Tuméfaction (gros genou)</b>	<b>Epanchement articulaire</b> (donc ponction) <b>Epaississement des parties molles</b> (=œdème) <b>Tumeur</b> (toujours y penser!)
<b>Position antalgique</b>	

- **A l'examen clinique :**

<b>Inspection</b>	<b>Attitudes vicieuses pathologique:</b> <u>Plan frontal:</u> Genu valgum ( <i>en X</i> )- Genu varum ( <i>Lucky Luke</i> ) <u>Plan sagittal:</u> Genu Flessum - Genu recurvatum
	<b>Amyotrophie quadricipitale</b> ( <i>on mesure avec un mètre-ruban</i> )
	<b>Etat des téguments</b> ( <i>plaies, cicatrice, peau rouge, dépilation...</i> )
<b>Palpation</b>	<b>Angles de mobilité du genou:</b> <u>Position de référence</u> normale à 0° mais en cas de <u>flessum</u> à 5° En <u>hyperextension</u> normale: 5° En <u>flexion</u> normale: 135°
	<b>Recherche de points douloureux:</b> Les interlignes interne et externe Pointe et tendon de la rotule (= <i>patella</i> ) + Tubérosité tibiale antérieure Gerdy, péroné (= <i>fibula</i> ), patte d'oie et LLI/LLE
	<b>En cas de tuméfaction faire le choc rotulien:</b> Signe du flot: pour confirmer l'épanchement
<b>Recherche de mouvements anormaux (COMPARATIVE)</b>	<b>Plan frontal:</b> <u>Hyperlaxité valgus/varus en flexion 20°</u> = Lésion du Ligament latéral int ou ext <u>Hyperlaxité valgus/varus en extension</u> = Lésion postérieure et du pivot (LCA et LCP)
	<b>Plan sagittal:</b> <u>Manœuvre de Lachman (tiroir en flexion 20°)</u> = Test du Ligament croisé antérieur <u>Manœuvre du Tiroir antérieur à 90° de flexion</u> = Test du Ligament croisé antérieur + point d'angle postero-int ou ext <u>Manœuvre du Tiroir postérieur à 90° de flexion</u> = Test du Ligament croisé postérieur
	<b>Plan horizontal:</b> <u>Recherche de ressaut</u> (!\ difficile à rechercher) Manœuvres Pivot-shift, ressaut rotatoire interne, Jerk test

<b>Examens d'imagerie</b>	<b>Analyse de l'os:</b> Radios standard (Face- Profil- Incidence axiale) Scanner
	<b>Analyse des structures intra-articulaires:</b> Arthroscanner
	<b>Analyse de structures intra-articulaires et parties molles environnantes:</b> IRM
<b>Autre examen</b>	<b>Ponction d'épanchement: (En aseptie chirurgicale)</b> <u>Sang</u> = Hémarthrose <u>Epanchement citrin</u> = Analyse Si moins de 1000 elt/mm <sup>3</sup> --> Liquide mécanique Si plus de 2000 elt/mm <sup>3</sup> --> Liquide inflammatoire Si plus de 100000 elt/mm <sup>3</sup> --> Liquide septique <u>Epanchement purulent</u> = Infection

- **Exemple de tableau clinique : L'atteinte méniscale**

<b>Circonstances d'apparition des symptômes:</b>	Lors d'un accroupissement ou de mouvement de torsion
<b>Le patient arrive avec :</b>	<b>Un blocage aigu qui est:</b> -douloureux et cette douleur est très localisée -spontanément réductible (mais si irréductible = Urgence)
<b>On recherche à l'interrogatoire les signes fonctionnels:</b>	<b>Douleur brutale:</b> Suivie de douleurs lors d'activités physique <b>Blocage méniscal</b> ( <i>intermittent</i> ) <b>Epanchement</b> ( <i>intermittent</i> ) <b>Dérangement interne du genou</b> ( <i>sensation de caillou dans le genou</i> ) <b>Sensation d'instabilité</b> ( <i>rare</i> )
<b>Et pendant l'examen clinique:</b>	<b>Cri du ménisque de Oudart</b> ( <i>pendant palpation de l'interligne</i> ) <b>Douleur en flexion forcée et défaut d'extension minime</b> <b>Test de Mc Murray et Grinding test d'Appley</b> positifs