

ED2 : Sémiologie de l'appareil locomoteur : Membres inférieurs

1. Sémiologie de la hanche

- A l'interrogatoire : on recherche les signes fonctionnels

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

Inspection: Patient DESHABILLE +++	Patient debout: <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)
	Patient couché sur plan dur: 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
Palpation	Mobilités normales: (toujours dans cet ordre) Flexion/Extension/Abduction/Adduction/Rotation Interne/Rotation Externe Normes: 140/20/35-40/35-40/10-30/10-30
	Recherche de points et secteurs douloureux: au niveau des régions trochantérienne et inguinale En cas de Coxarthrose: Limitation en rotation interne avec douleurs et salut coxal
	Déformation: En cas de fracture du col cervical on aura un raccourcissement de la jambe, une rotation externe et une adduction
Examens d'imagerie	Radio standard de face: Patient en décubitus dorsal ou debout et la jambe à 20° de rotation interne Radio en faux profil de Lequesne (patient debout et le dos à 60° de la table) Radio en profil chirurgical (patient allongé avec la jambe surélevée)

2. Sémiologie du genou

- A l'interrogatoire : on recherche les signes fonctionnels

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

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

- **A l'examen clinique :**

Inspection	Attitudes vicieuses pathologique: <u>Plan frontal:</u> Genu valgum (<i>en X</i>)- Genu varum (<i>Lucky Luke</i>) <u>Plan sagittal:</u> Genu Flessum - Genu recurvatum
	Amyotrophie quadricipitale (<i>on mesure avec un mètre-ruban</i>)
	Etat des téguments (<i>plaies, cicatrice, peau rouge, dépilation...</i>)
Palpation	Angles de mobilité du genou: <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°
	Recherche de points douloureux: 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
	En cas de tuméfaction faire le choc rotulien: Signe du flot: pour confirmer l'épanchement
Recherche de mouvements anormaux (COMPARATIVE)	Plan frontal: <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)
	Plan sagittal: <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
	Plan horizontal: <u>Recherche de ressaut</u> (!\ difficile à rechercher) Manœuvres Pivot-shift, ressaut rotatoire interne, Jerk test

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

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

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