

# Sémiologie ostéoarticulaire

# **SEMIOLOGIE de la main et du poignet**

# Mécanique articulaire

- Amplitudes normales

Articulation	Flexion	Extension
MCP	80 – 100°	25 – 45°
IPP	115 – 120°	0
IPD	80 – 90°	5

- Pouce : opposition
  - Adduction 30°
  - Abduction 60°
  - Antépulsion 90°

# Interrogatoire

- Antécédents personnels et familiaux
- Antécédents médicaux et chirurgicaux
- Profession
- Latéralité +++
- Antécédents vaccinaux et allergies

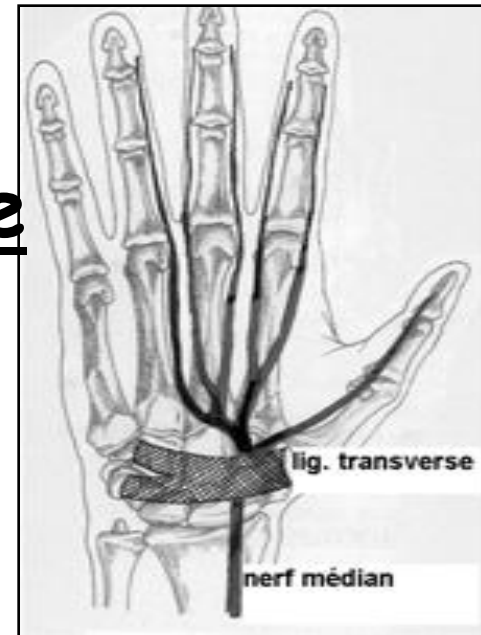
# Interrogatoire

## Douleurs

- MCP, IPP, IPD, poignet
- Dysesthésies

## Raideur

## Impotence fonctionnelle

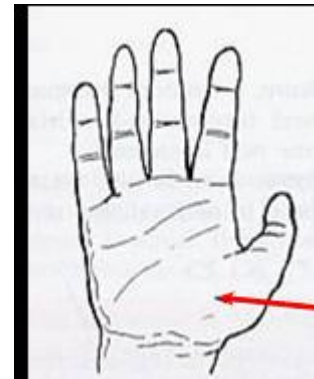


# Examen clinique

- Signes généraux
- Signes physiques
  - Inspection
  - Palpation
  - Percussion
  - Auscultation

# Examen cutané, vasculaire et trophique

- État des plis:
  - Diminués : oedème
  - Exagérés : amyotrophie (mains de singes)
- Rétraction tendineuse ou cutanée
- Présence de
  - Nodules
  - calcification





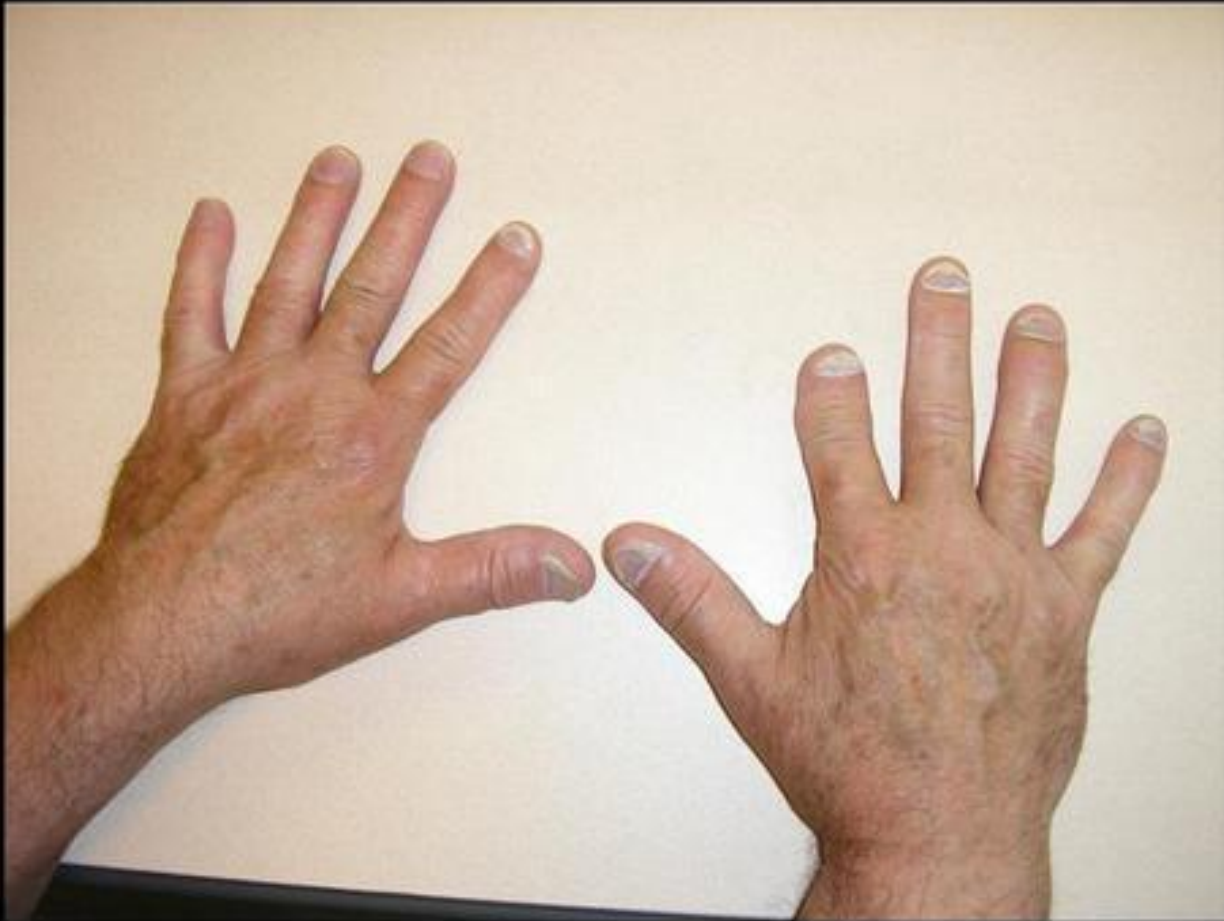




COFER

# Examen cutané, vasculaire et trophique

- Pilosité et aspect des ongles
- Coloration et chaleur des téguments
  - TRC normal < 3sec
- Plaie :
  - Taille
  - Localisation direction
  - Profondeur
  - Degré de souillure



# Examen du squelette et des articulations

## Déformation et déviation

- Déviation

- Coup de vent cubital →

- Pouce en Z ↘



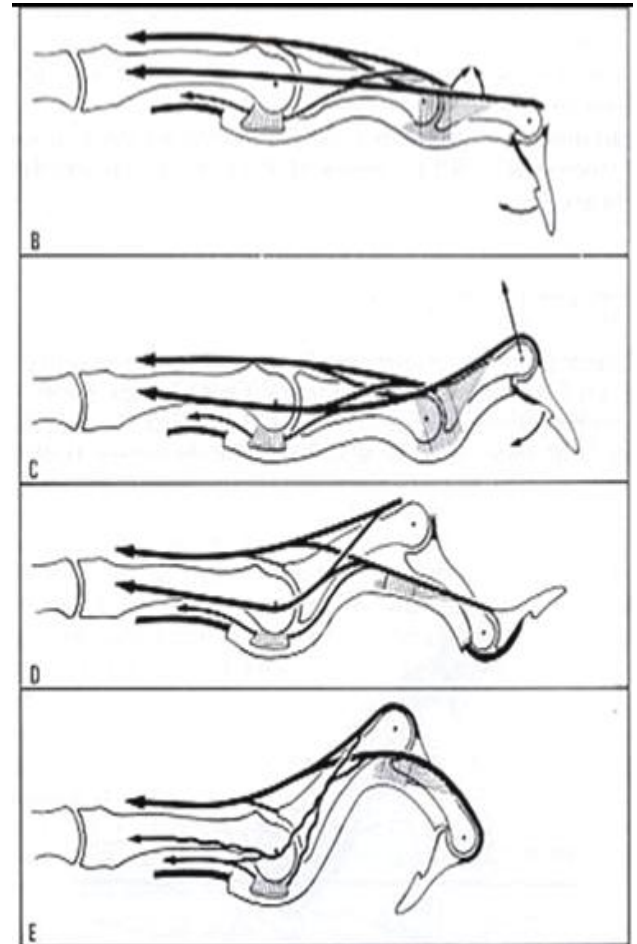
- Griffe cubitale



# Examen du squelette et des articulations

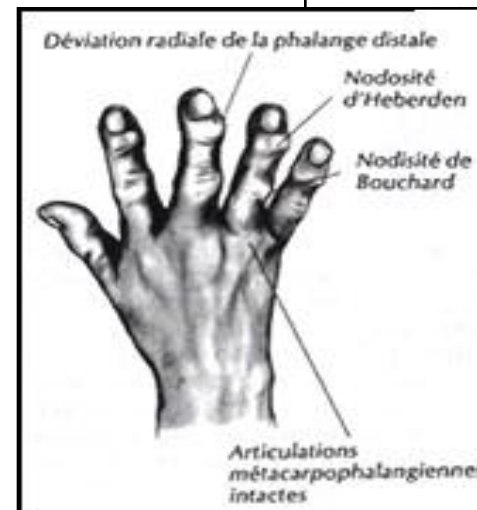
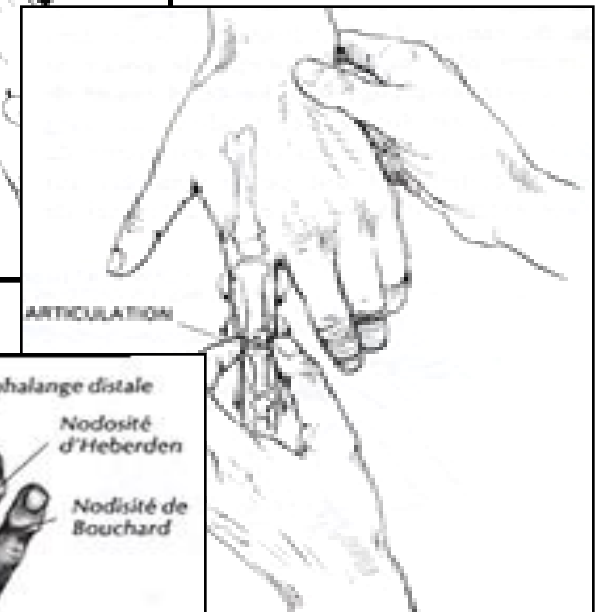
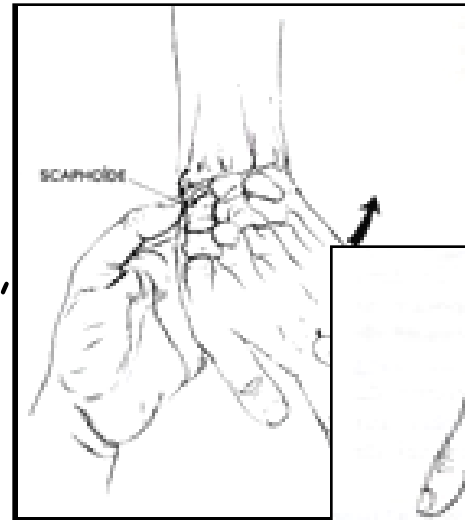
## Déformation et déviation

- Doigt en maillet
- Doigt en col de cygne
- Doigt en boutonnière
- Doigt en griffe

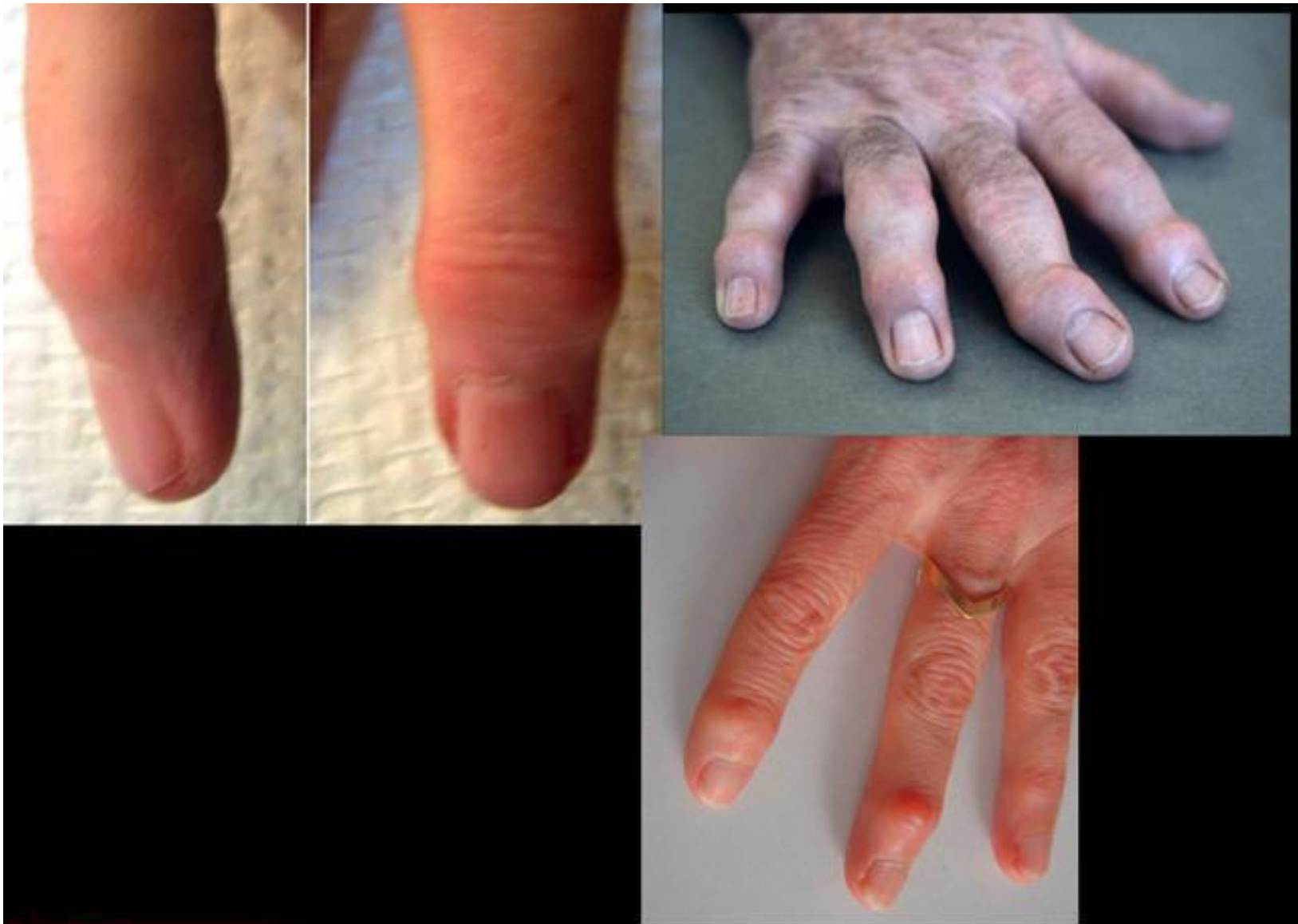


# Examen du squelette et des articulations palpation et mobilisation

- Palpation systématique
  - Point douloureux
    - Styloïdes radiale et ulnaire, tabatière anatomique
  - Empâtement et gonflement des articulations
  - Nodules arthrosiques durs et non douloureux :
    - nodules de bouchard à l'IPP
    - et d'Heberden à l'IPD







Cofer

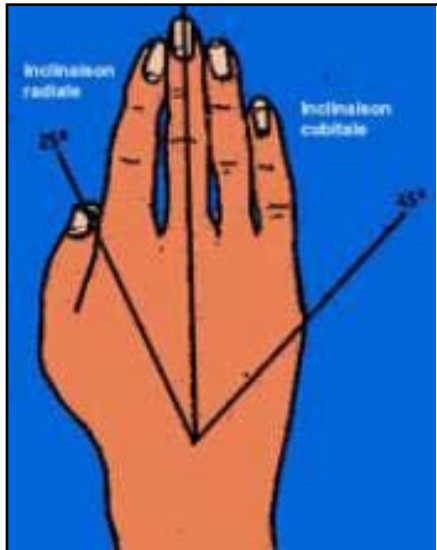
[www.iecofer.org](http://www.iecofer.org)

# Examen des mobilités

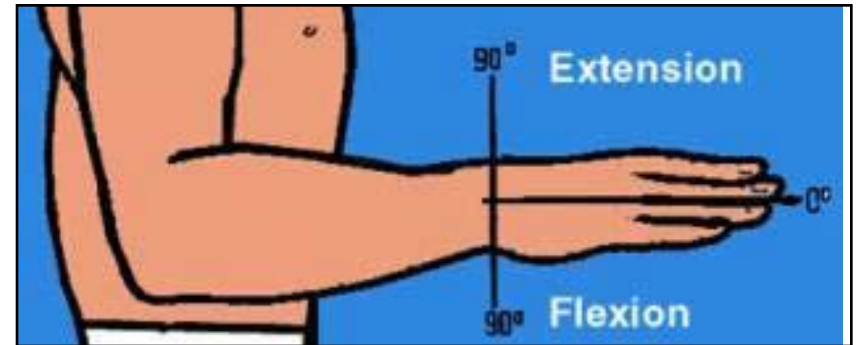
- Chaque articulation
- Passif et actif
- Si mobilités passives et actives
  - Enraidissement articulaire
- Si mobilité passives normales et mobilité actives diminuées
  - Déficit tendineux, traumatiques
  - Causes neurologiques



# Mobilité

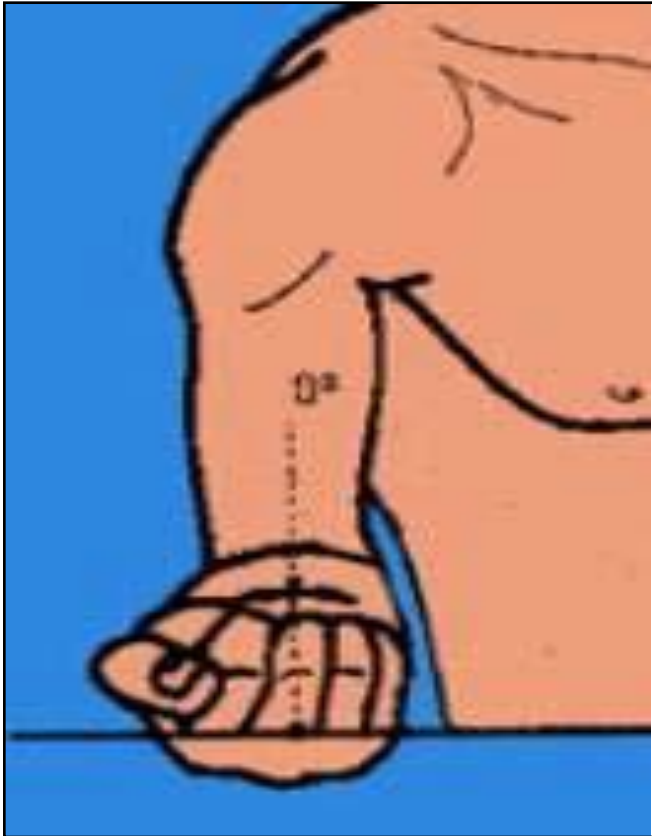


- Inclinaison radiale : 25°
- Inclinaison cubitale : 45°



- Inclinaison dorsale (cubital postérieur, pt et gd radiaux)
- Flexion palmaire du poignet (gd palmaire, cubital antérieur)

# Mobilité



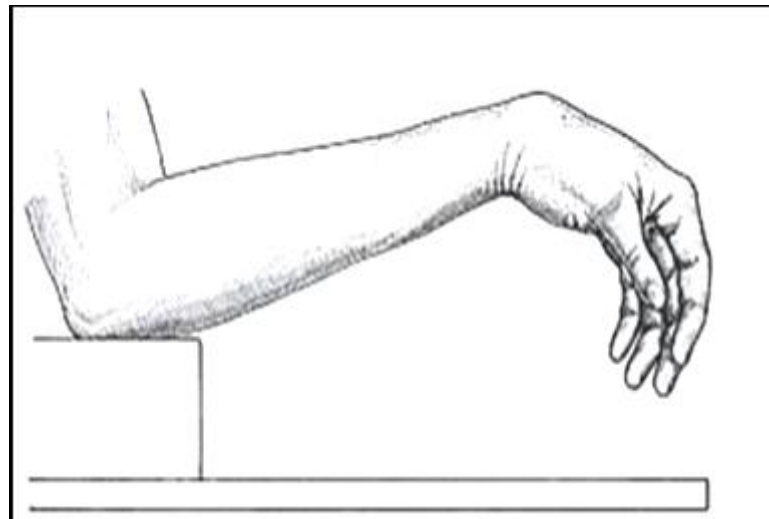
- **Pronation 90°**
- **Supination 90°**

# Examen de la fonction motrice et sensitive

- Nerf médian : nerf de la prise
  - Flexion des articulations
  - Sensibilité des 2/3 radiaux de la face palmaire de la main (pulpe de l'index)
- Nerf ulnaire : nerf qui écarte les doigts
  - Contraction des inter-osseux
  - Sensibilité du 1/3 ulnaire de la face palmaire et dorsale de la main (pulpe de l'auriculaire)
- Nerf radial : nerf de l'extension
  - Contraction des muscles extenseurs
  - Sensibilité des 2/3 radiaux de la face dorsale de la main (tabatière anatomique)

# Examen de la fonction motrice et sensitive

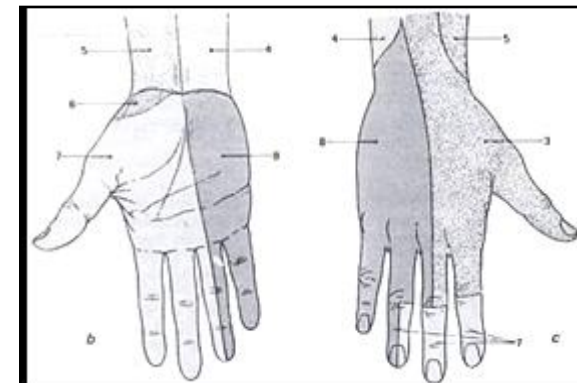
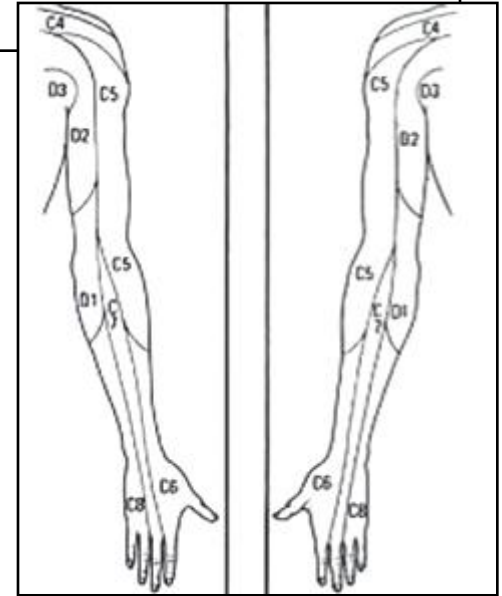
- Paralysie radiale avec main en « col de cygne »



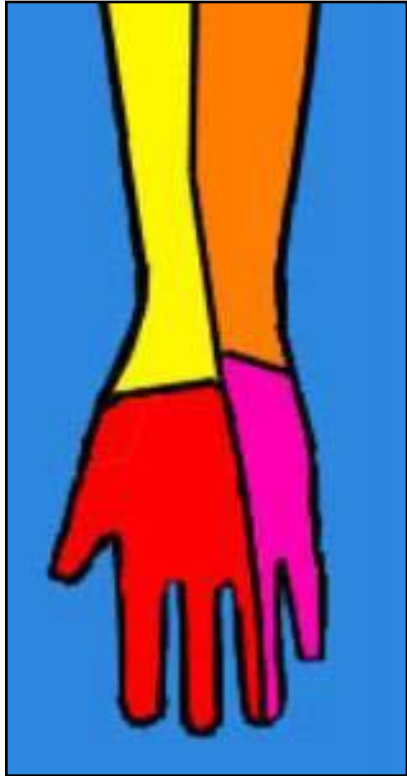
- Nerf radial : nerf de l'extension
  - Contraction des muscles extenseurs

# Examen de la sensibilité

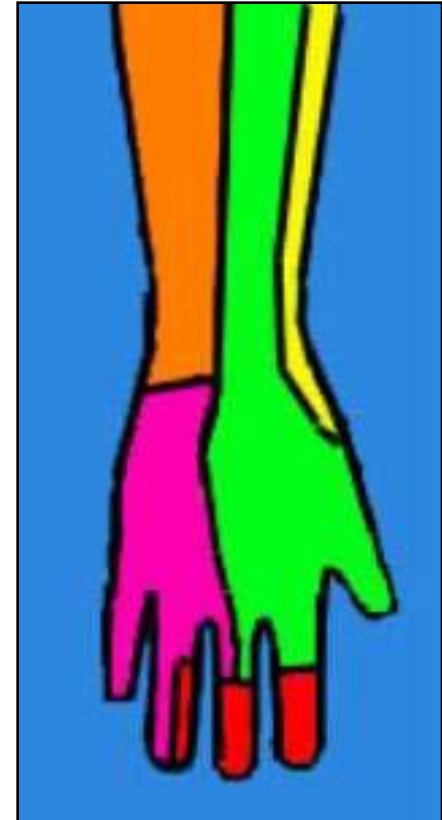
- N médian : pulpe de l'index
- N ulnaire : pulpe de l'auriculaire
- N radial : tabatière anatomique



# Innervation sensitive



- Vert : nerf radial
- Rouge : nerf médian
- Rose : nerf cubital
- Orange : nerf brachio-cutané
- interne
- Jaune : musculo-cutané



# SEMILOGIE de la hanche

## Examen clinique :

*-une boiterie*

*-une amyotrophie quadricipitale ou des fessiers.*

*-des attitudes vicieuses* : de profil un flessum, de face une attitude en rotation externe et/ou un raccourcissement du membre atteint.

*-une douleur reproduite* à l'appui monopodal.

.

## Etude des manœuvres actives

*La manoeuvre du salut coxal est testée sur un patient en décubitus dorsal :*

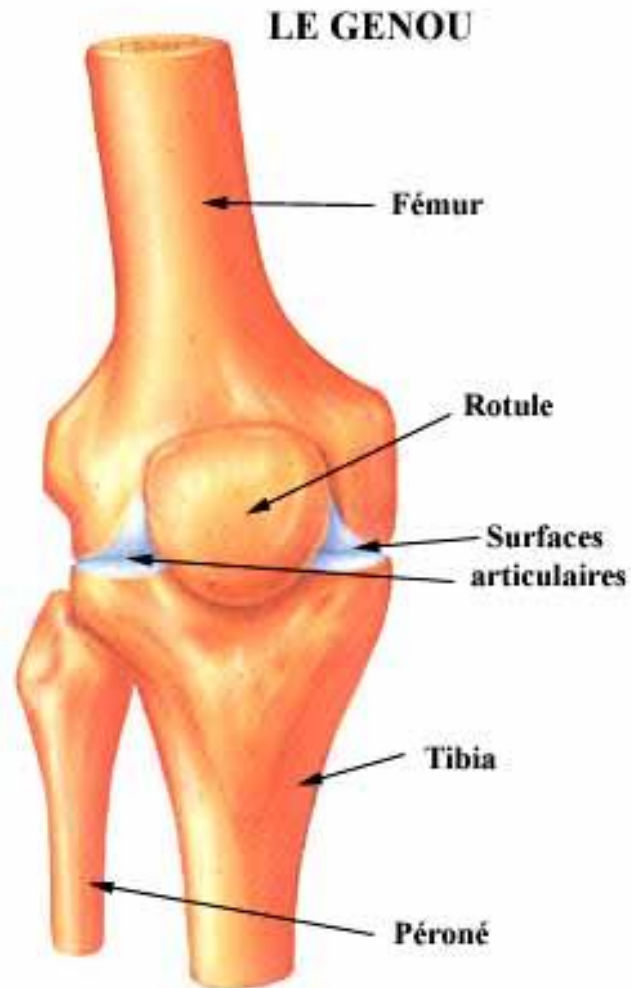
-Le patient élève le membre inférieur en extension 30° au-dessus du plan du lit. En présence d'une coxopathie, cette manœuvre réveille la douleur

*-Un syndrome clinostatique est recherché:* Il se définit par une impossibilité pour le patient de décoller le membre inférieur tendu du plan du lit.

- Son existence traduit le plus souvent une **pathologie du cotyle (parfois maligne)**.



# SEMIOLOGIE du genou



Douleur fémoro-tibiale	Douleur fémoro-patellaire
<p data-bbox="117 254 291 315"><u>Siège</u> :</p> <p data-bbox="117 358 745 419">face latérale du genou++</p> <p data-bbox="243 462 784 524">interne ++ou externe.</p> <p data-bbox="243 566 948 628">postérieure poplitée diffuse.</p> <p data-bbox="117 671 653 732"><u>Facteurs aggravants</u> :</p> <p data-bbox="117 775 672 836">marche en terrain plat</p>	<p data-bbox="1025 254 1537 315"><u>Siège</u> : antérieure++</p> <p data-bbox="1025 358 1561 419"><u>Facteurs aggravants</u> :</p> <p data-bbox="1025 462 1721 524">marche en terrain accidenté</p> <p data-bbox="1025 566 1711 628">montée et descente +++des</p> <p data-bbox="1025 671 1257 732">escaliers.</p> <p data-bbox="1025 775 1673 836">position assise prolongée,</p> <p data-bbox="1025 879 1450 941">accroupissement</p>

- 1- position debout : recherche de troubles statiques.

❖ plan frontal

- Genu varum : genoux écartés, mesure de la distance inter condylienne interne.



- Genu valgum : genoux qui se touchent, mesure de la distance intermalléolaire interne des deux chevilles.



❖ Plan sagittal

- **Genu flexum :**  
impossibilité d'étendre complètement le genou.



- **Genu recurvatum :**  
Hyperextension du genou



*- 2- position couchée*

**a- inspection comparative :**

mise en évidence d'un gros genou : comblement des culs de sac quadricipitaux et disparition des méplats latéraux et sus rotuliens.

**b - palpation :** recherche d'un épanchement intra articulaire.



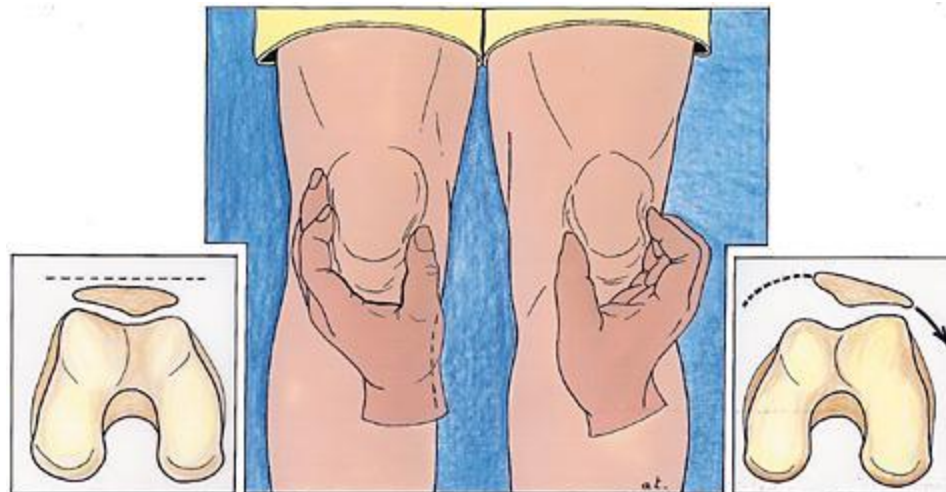
# Recherche de points douloureux électifs :

## *Antérieur :*

Ligament patellaire (tendon rotulien).

Interligne articulaire : dégagé en plaçant le genou en légère flexion.

Touchers rotuliens interne et externe.



# Etude de la mobilité :

*Passive et active:*

Flexion et extension ( $140^{\circ}$ - $0^{\circ}$ , distance talon-fesse).

Mobilité rotulienne, recherche du signe du rabet.



Distance talon-fesse



Recherche du signe du rabet.



## Mesures :

Recherche d'une amyotrophie quadricipitale  
(chiffrer par rapport au coté sain).

Recherche d'une inégalité des deux membres inférieurs.





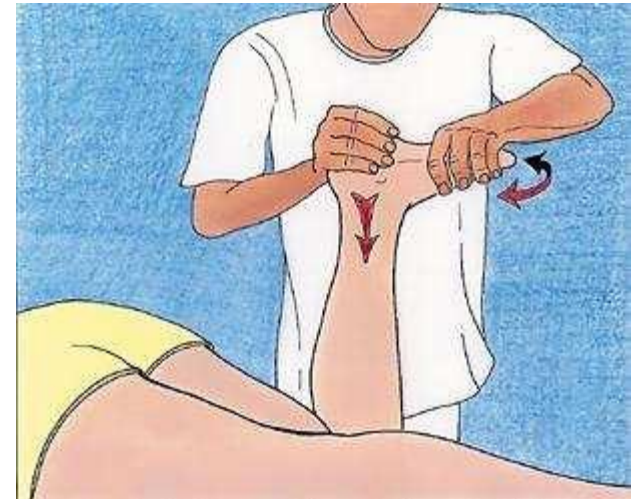
# Recherche de mouvements anormaux :

*Tiroirs : antérieur et postérieur*



*Mouvements de latéralité : interne ou externe*

Lésions méniscales (Grinding test d'Apley...)



# **SEMIOLOGIE du pied et de la cheville**

# Interrogatoire

- **Caractéristiques de la douleur :**
  - Sièges de la douleur :
    - avant-pied (métatarsalgies)
    - arrière-pied (talalgies)
    - douleur diffuse
  - Irradiation :
    - douleur localisée de siège articulaire
    - ou irradiation le long d'un trajet nerveux (racines S1, L5, nerf interdigital...)
- **Mode de début :**
  - brutal, progressif, à l'occasion d'un changement de chaussure...

# Interrogatoire

- **Horaire et évolution :**
  - Mécanique ou inflammatoire ?
- **Retentissement de la douleur :**
  - Boiterie
  - Limitation du périmètre de marche
- **Autres plaintes appareil locomoteur ou autres appareils**
- **Antécédents (médicaux, chirurgicaux...)**
- **Traitements passés et actuels (efficacité / tolérance)**

# Examen physique

- **État général**
  - rechercher systématiquement fièvre et / ou amaigrissement...
- **Examen physique**
  - Comparatif
  - Statique (podoscope)
  - Et dynamique (marche)



# Examen physique

- Examen du patient **déchaussé et déshabillé.**
- Analyse de la marche
  - déroulement du pas
  - marche sur la pointe des pieds
  - sur les talons.

# Inspection des pieds et des chaussures

- Points d'appui
  - physiologiquement
    - talon, têtes 1er et 5ème métatarsiens
- Arche longitudinale interne
  - pieds creux, pied plats

# La podoscopie

## *Étude statique du pied*

- **Le pied plat**
  - effondrement de la voûte plantaire,
  - habituellement associé à un valgus calcanéen.
- **Le pied creux**
  - accentuation de l'arche longitudinale du pied avec varus de l'arrière pied

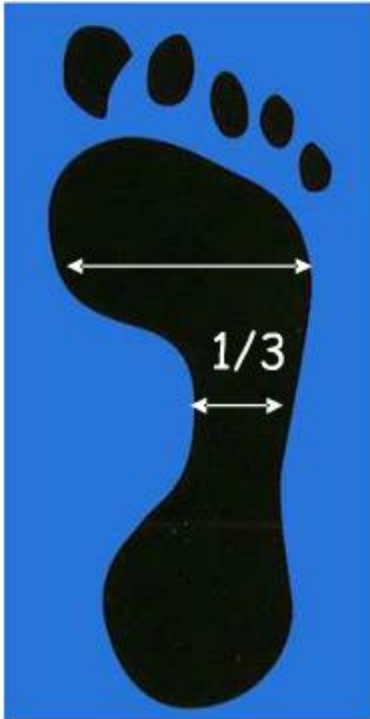


- Assise plantaire  
(empreinte) : pied  
normal / plat / creux



Pied normal

## Pied normal



## Pied plat

- Effondrement de l'arche interne
- Associé à valgus de l'arrière-pied



degré 1 : isthme élargi

degré 2 : isthme = talon ant

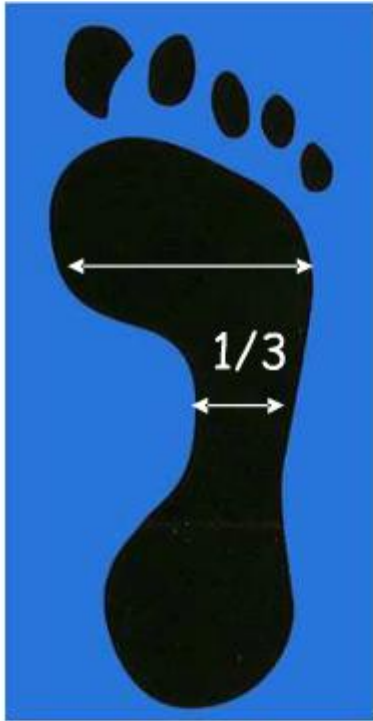
degré 3 : isthme > talon ant



Pied plat



## Pied normal



## Pied creux

- Accentuation de la concavité plantaire
- Souvent associé à des orteils en griffe



degré 1 : isthme étranglé

degré 2 : isthme limité à ses attaches

degré 3 : isthme inexistant

# Inspection des pieds et des chaussures

- **Téguments**
  - troubles trophiques
  - signes inflammatoires
  - tophi, nodules...
- **Phase posturale de la marche**
  - coup du talon,
  - pied à plat,
  - équilibre, impulsion



Pustulose palmo-plantaire (spondylarthropathie : SAPHO)





Psoriasis  
(spondylarthropathie :  
rhumatisme psoriasique)



Nodules rhumatoïdes (polyarthrite rhumatoïde)





Tophus (goutte)

# Examen de l'avant-pied.

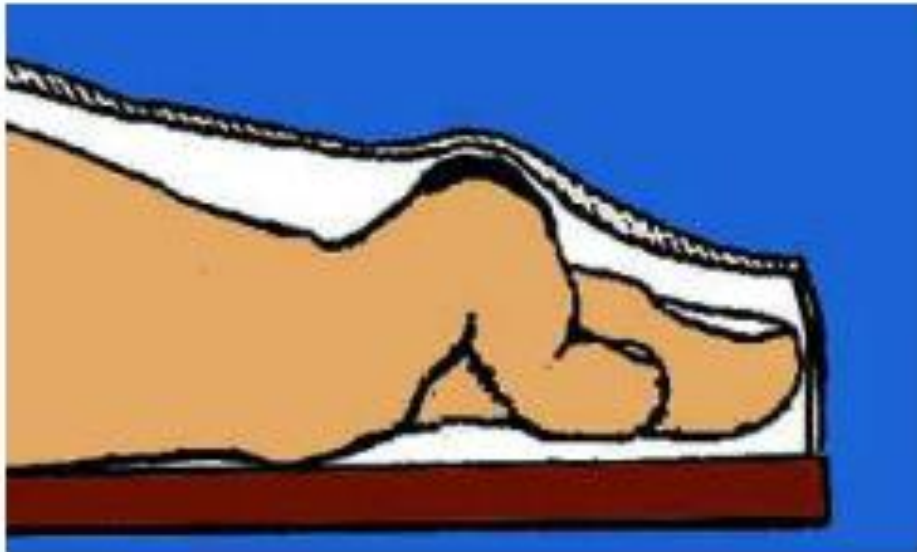
- Évaluer les déformation :
  - orteils en griffe,
  - hallux valgus,
  - quintus varus
  - Hallux rigidus



Hallux valgus



Orteils en griffe



Orteil en marteau



Quintus varus (add de V)



Hallux rigidus : orteil en barquette





Avant-pied triangulaire : HV + QV



Pied normal

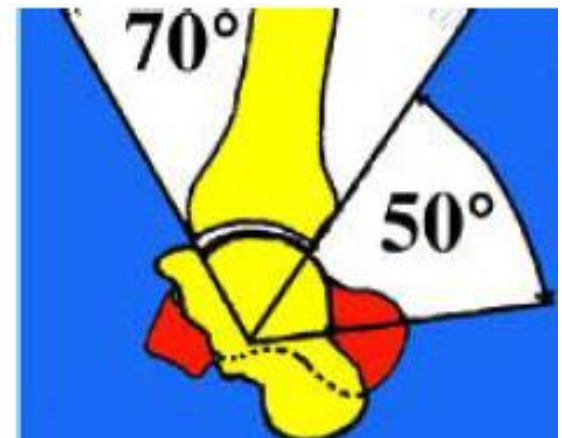
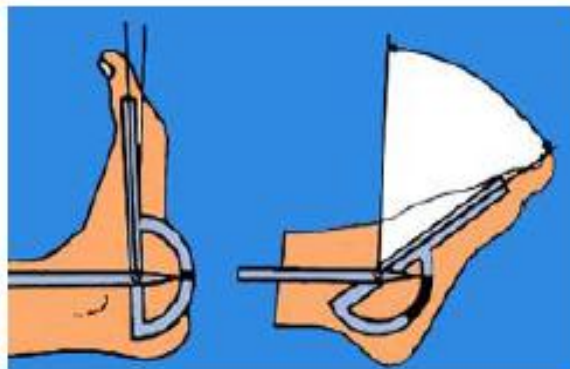


Hallux valgus



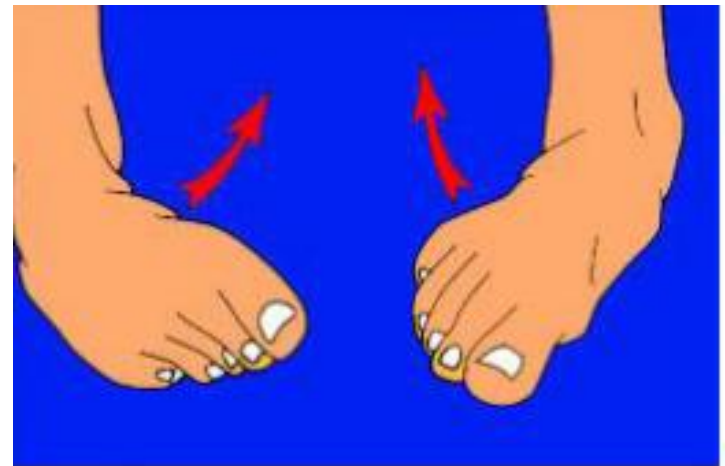
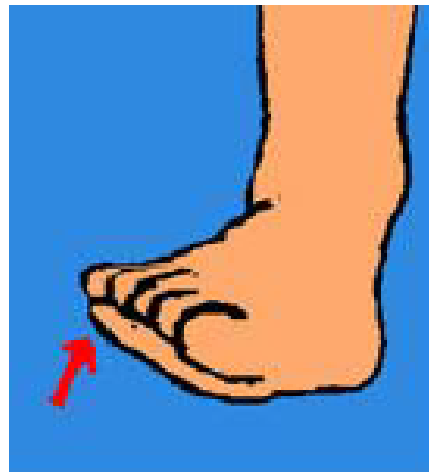
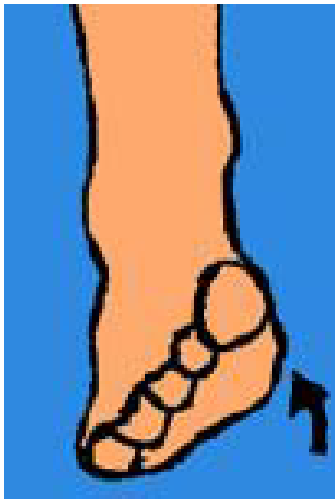
# Mobilité de la cheville et du pied

- Flexion dorsale
  - De l'ordre de 30 à 50 °
- Flexion plantaire
  - De l'ordre de 30 à 50 °

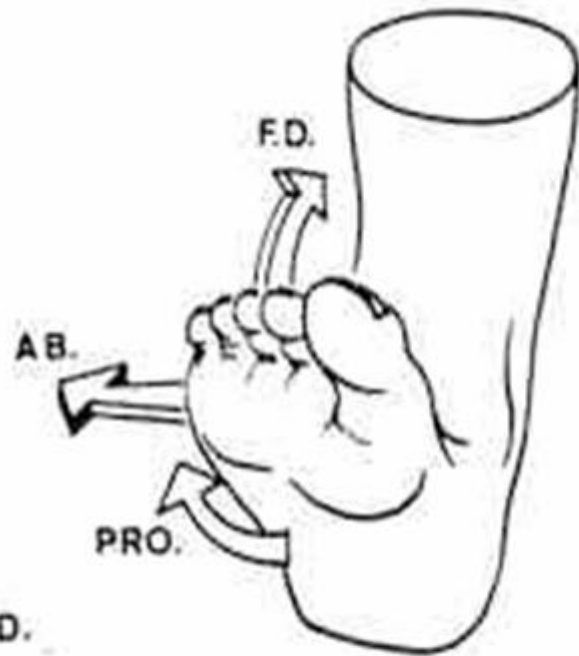


# Mobilité de la cheville et du pied

- **Adduction**: ramène l'avant pied en dedans
- **Abduction** : ramène l'avant pied en dehors
- **L'inversion** : associe flexion plantaire, supination et rotation interne du pied
- **L'éversion** : associe flexion dorsale, pronation et rotation externe du pied



INVERSION

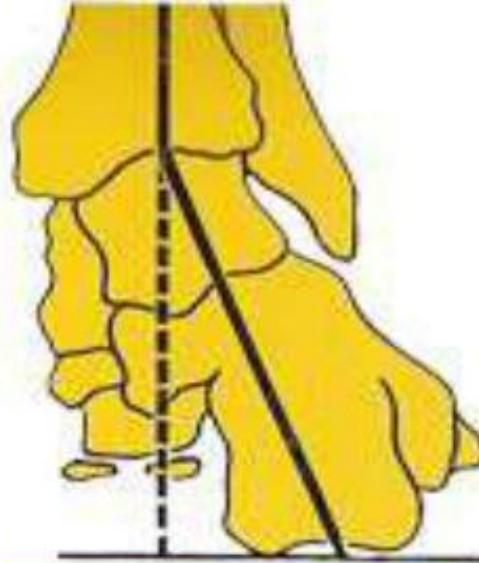


EVERSION

# Mobilité de la cheville et du pied

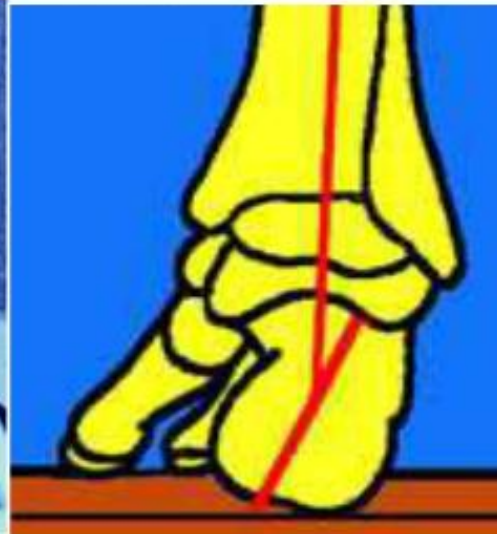
- Apprécier le varus et le valgus talon
  - Les empreintes plantaires peuvent être examinées au podoscope ou par photopodogramme





Valgus

(valgus physiologique de 5°)



Varus

# Mobilisation active et passive de la cheville et du pied

Reconnaître l'articulation limitée responsable de l'impotence fonctionnelle :

- Flexions dorsale et plantaire :
  - articulation tibio-tarsienne
- Inversion et éversion :
  - articulation sous-astragalienne
- Adduction et abduction de l'avant-pied :
  - articulation médio-tarsienne.



Arthrite de cheville





Goutte du 1er MTP



# Examen musculotendineux

- Inspection
  - épaississement tendineux
  - Gonflement
  - Signes inflammatoires locaux
- Palpation
  - Point douloureux exquis
  - Épaississement péri-tendineux : ténosynovite



Tendinopathie : épaissement du tendon d'Achille



Ténosynovite des fibulaires

Toujours compléter l'examen du pied et de la cheville par un examen ostéoarticulaire des membres inférieurs (genoux, hanches) et du rachis si nécessaire

Toujours compléter l'examen du pied et de la cheville par un examen **vasculaire des membres inférieurs** :  
une artériopathie peut expliquer des douleurs et une impotence fonctionnelle des membres inférieurs

- Palpation et auscultation artères fémorales, poplitées, pédieuses et tibiales postérieures.
- Recherche de signes d'insuffisance veineuse des membres inférieurs.

Toujours compléter l'examen du pied et de la cheville par un examen **neurologique** des membres inférieurs : une **atteinte radiculaire ou tronculaire** peut expliquer des douleurs et une impotence fonctionnelle des membres inférieurs