

# Corrections EIA Appareil Locomoteur

## Orthopédie

### **Question 1 : La luxation antéro-interne d'épaule.**

**Mécanismes. Signes cliniques. Diagnostic et principes de prise en charge.**

Les luxations antérieures représentent 96% des luxations de l'épaule, les luxations postérieures étant très rares. L'interrogatoire du patient visera à préciser les antécédents médicaux et chirurgicaux, le sport et la profession pratiqués, la main dominante et la circonstance de survenue de la luxation. Le mécanisme est de loin le plus souvent indirect par chute sur la paume de la main en rotation externe et abduction.

Les signes cliniques sont la douleur et l'impotence, l'attitude en abduction et rotation externe irréductible, la saillie de l'acromion (signe de l'épaulette), le comblement du sillon delto-pectoral, aspect en coup de hache externe. (signes d'inspection)

La palpation retrouve une vacuité de la glène, un vide sous-acromial antérieur et la tête est perçue sous l'acromion en avant.

Il faut rechercher des complications : vasculaires (pouls périphérique), neuro (examen neuro), cutanée (ouverture cutanée), musculaires (coiffe).

Le bilan radiographique est ensuite réalisé et doit comprendre une radiographie de face et de profil de l'épaule car deux incidences sont indispensables. La luxation est par définition une perte de contact permanente et complète entre deux surfaces articulaires.

Les signes radiographiques sont :

La tête n'est pas en face de la glène et se projète en avant ou en dessous

De profil, la tête est devant la glène sous la coracoïde.

On s'attachera à dépister une fracture associée du trochiter ou de la glène.

Le traitement en urgence consiste en une réduction avec ou sans anesthésie suivie d'une immobilisation de trois semaines puis d'une rééducation.

Il faut toujours réaliser une radiographie de contrôle après réduction.

Le risque évolutif est l'instabilité antérieure.

### **Question 2 : Quels sont les éléments de l'examen clinique et de l'anamnèse qui orientent vers le diagnostic de fracture du scaphoïde carpien ? Quels examens complémentaires simples sont utiles pour confirmer ce diagnostic ?**

#### Diagnostic clinique :

Mécanisme : chute sur le poignet en hyper-extension (+++)

Douleur élective dans la tabatière anatomique (+++)

Douleur à l'impaction de la colonne du pouce (+++)

Souvent diagnostic retardé (++) car douleur imprécise du poignet (immobilisation plâtrée si douleur suspecte sans lésion radiovisible dans ce contexte de chute)

#### Diagnostic radiographique :

Radio du poignet de face et de profil (++)

Incidences spécifiques du scaphoïde (4 incidences) (+++)

Intérêt de nouveaux clichés à J10 ou J15 (+++)

**Question 3 : Lors d'un traumatisme de la cheville, quels sont les signes évocateurs d'une entorse grave du ligament collatéral externe ? Examen clinique.**

Interrogatoire :

Antécédents. Mécanisme : Traumatisme en varus forcé ++ ou inversion

Sensation auditive ou perception d'un craquement au niveau de la cheville ++

Apparition rapide d'une tuméfaction pré et sous malléolaire externe ayant une tendance rapide à diffuser (classique « oeuf de pigeon ») ++

Impotence totale et immédiate ++

Examen clinique

Douleur ligamentaire. Palper les 3 faisceaux externes, tuméfaction douloureuse.

Existence de mouvements anormaux ++ (mais la douleur est généralement un frein au bon déroulement de cet examen) : **bâillement tibio-astragalien** en varus dans le plan frontal et  **tiroir antérieur** dans le plan sagittal témoignant de la rupture ligamentaire.

Examen radiologique

Réalisation de clichés en stress ou dynamiques. +++

- Mesure comparative du bâillement articulaire en varus : +++

- >15° de bâillement. Comparatif+++

- Mesure comparative du tiroir antérieur : +++

- normalement < 7 à 8 mm

**Question 4 : Fractures de l'extrémité supérieure du fémur.**

**Signes cliniques. Bilan radiographique en urgence.**

**Notions de pronostic.**

**Quels sont les deux grands groupes de types de fractures et leurs risques associés ?**

Fractures de l'extrémité supérieure du fémur.

Signes cliniques. Bilan radiographique en urgence.

Notions de pronostic.

Quels sont les deux grands groupes de types de fractures et leurs risques associés ?

Interrogatoire : traumatisme et traumatisé.

Chute mécanique sur la hanche. Sujet âgé++, ostéoporose.

Douleur inguinale ou externe.

Déformation caractéristique en rotation externe, raccourcissement, semi flexion.

Impotence totale ou relative. Mobilisation douloureuse.

Recherche de complications.

Radiographie de la hanche de face et de profil, bassin de face.

Pronostic vital chez le sujet âgé+++ , fonctionnel surtout chez le sujet jeune.

Fractures cervicales vraies( risque de nécrose+++ ) et fractures du massif trochantérien (risque de pseudarthrose et déplacement secondaire)

## *Rhumatologie*

**Question 1: Citez les symptômes d'un syndrome fémoro-patellaire et décrivez l'examen d'un malade atteint de ce syndrome.**

1) *Symptômes*

*-douleurs du genou diffuses, antérieures*

*-douleurs en position assise et à la descente des escaliers*

*-craquement, dérochement*

## 2) Examen clinique

- pression de la rotule
- signe du rabot
- palpation facette articulaire de la rotule
- signe de Smillie

**Question 2 :** Quelles sont les différences cliniques et radiologiques entre l'arthrose et l'arthrite ?

	<i>Arthrose</i>	<i>Arthrite</i>
<i>Douleur</i>	<i>Mécanique</i>	<i>Inflammatoire</i>
<i>Tuméfactions</i>	<i>Irrégulière et ferme (ostéophytes)</i>	<i>Diffuse et molle (synovite)</i>
<i>Rougeur</i>	<i>0</i>	<i>Oui</i>
<i>Chaleur</i>	<i>0</i>	<i>Oui</i>

<i>Radiologiques</i>	<i>Arthrose</i>	<i>Arthrite</i>
<i>Pincement</i>	<i>Localisé</i>	<i>diffus</i>
<i>Géodes</i>	<i>D'hyper-pression</i>	<i>Microgéodes</i>
<i>Condensation</i>	<i>Sous chondrale</i>	<i>Absente</i>
<i>Déminéralisation</i>	<i>Non</i>	<i>Diffuse</i>
<i>Ostéophytose</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>

**Question 3 :** Une patiente de 72 ans vient vous consulter pour une douleur mécanique de la colonne du pouce. Vous suspectez une rhizarthrose, quels arguments en faveur de ce diagnostic recherchez vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?

### ➤ Interrogatoire

- ATCD familiaux : maternels ++
- Douleurs chroniques évoluant par poussées
- Douleur localisée à la base du pouce
- Douleur provoquée par les efforts de pince

### ➤ Clinique

- Saillie de la base du métacarpien
- Palpation de la tabatière anatomique douloureuse
- Abduction limitée et douloureuse
- Présence de nodosités Heberden et Bouchard associées
- Absence de synovite

**Question 4 :** Quels sont les éléments que peut vous apporter une ponction articulaire ? Donner les éléments de l'analyse du liquide articulaire dans les principales pathologies.

- La teneur du liquide en protéines pas intéressante
- Le nombre des cellules du liquide
  - < à 1000 Mécanique
  - à 2000 Inflammatoire
- Culture
- Micro-cristaux

# Radiologie

## Critères d'analyse radiologique d'une lacune osseuse.

- Unique / Multiple
- Taille
- Forme
- Contours ou limites
- Siège anatomique
- Siège sur os : métaphyse – épiphyse – diaphyse
- Siège sur corticale
- Contexte clinique
- Réaction périostée

## Dossier Orthopédie + Rhumatologie

### 1<sup>ère</sup> question : Comment allez-vous conduire l'examen clinique ?

*Réponse : recueil de l'interrogatoire (antécédents, mécanisme de la chute...).*

*Recherche des points douloureux (topographie, radius, cubitus ?), douleur à la mobilisation ?*

*Recherche des complications +++ (neurologiques, vasculaires et cutanées)*

### 2<sup>e</sup> question : Quel diagnostic suspectez-vous et comment le confirmer ?

*Réponse : suspicion de fracture du poignet. Radiographie du poignet droit de face et de profil*

### 3<sup>e</sup> question : Quelle pathologie osseuse sous jacente devez-vous suspecter ? Quelle en est la définition ? Quel est l'examen complémentaire qui confirmera votre diagnostic ?

*Réponse : ostéoporose. T-score inférieur à -2.5. Ostéodensitométrie.*

### 4<sup>e</sup> question : Quels sont les facteurs de risque chez cette patiente ? Connaissez-vous d'autres facteurs de risque ?

*Réponse : ménopause précoce.*

*Antécédent familial de fracture.*

*Tabagisme.*

#### Autre facteurs de risque :

*Petit poids et petite taille*

*Carence en calcium et en protéine*

*Alcoolisme*

*Médicament (corticoïde)*

*Rhumatisme inflammatoire*

*Endocrinopathie*

*Maladie digestive*