

Boiterie neurologique

Olden Theresa

Formation FMH de chirurgie orthopédique et traumatologie

STRUCTURE

1. Présentation de cas
2. Généralités
3. Etiologies
4. Examen clinique
5. Démarche déficitaire
 1. Atteinte des nerfs périphériques
 2. Atteinte des racines nerveuses
 3. Atteintes musculaires
 4. Atteinte pyramidale
 5. Programmation motrice
 6. Démarche parasité
 7. Ataxies sensitives
 8. Psychogène

EXEMPLE DE CAS: MONSIEUR D, 64 ANS

1^e consultation: tuméfaction et douleur sur le dos du pied D

- Diagnostic de kyste par le Médecin traitant
- Résection partielle du tissu sous-cutané lors d'une réduction chirurgicale hernie inguinale G
- Symptomatologie persiste

ATCD

- Hernie inguinale G opéré en juin 2020 (La Source)
- Hernie hiatale
- Polytraumatisme à 3 ans, avec coma puis parésie hémicorps G (1959)
- Zona V1 G (2016)
- Correction inégalité MI (1967)

EXEMPLE DE CAS: MONSIEUR D, 64 ANS

Examen clinique

1. Pied D

- Structure kystique, souple, érythémateuse d'environ 1cm de diamètre sur la face dorsale du pied D en regard de l'os naviculaire, sensible à la palpation
- 2^e – 5^e orteil en griffe
- Pied valgus

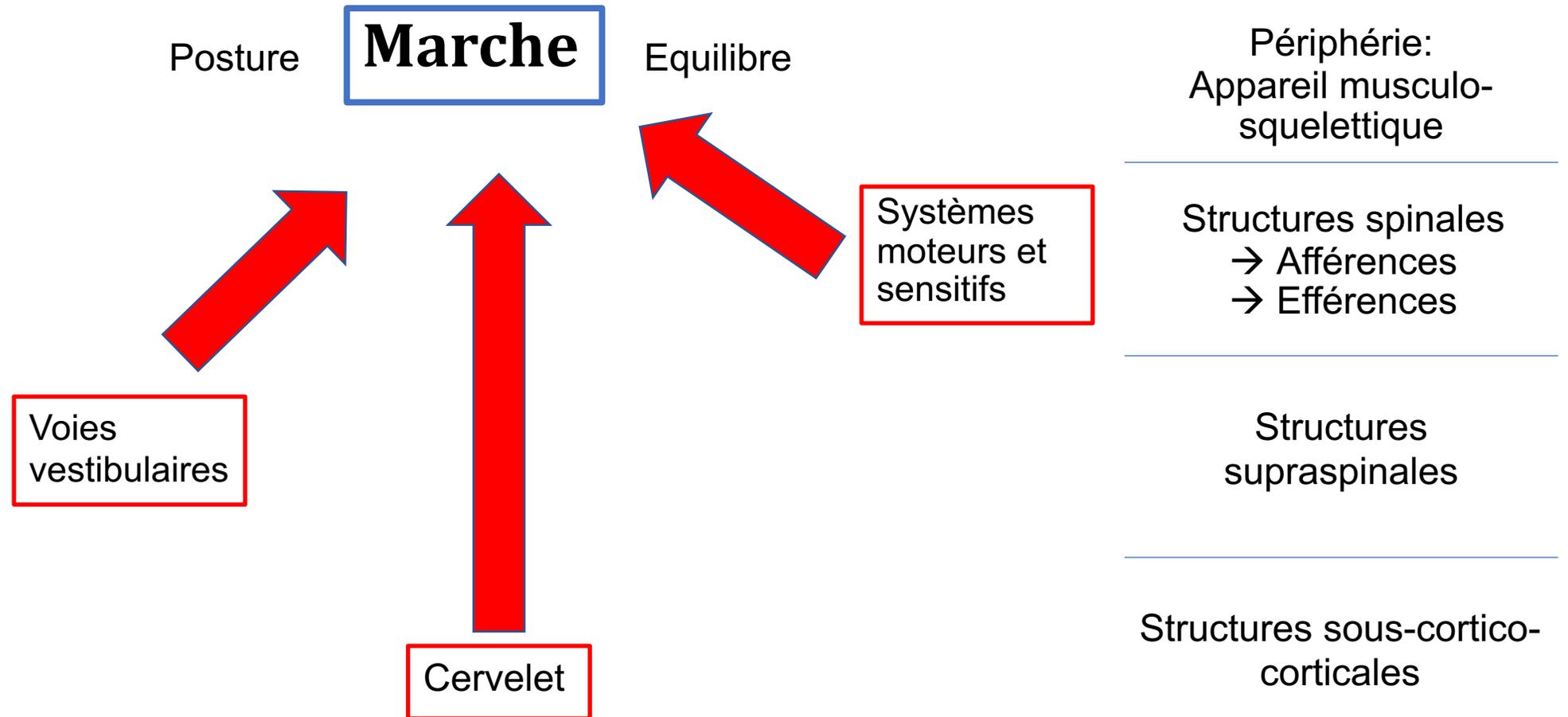
2. Pied G

- Boiterie
- Attaque talonnière instable
- Pied creux-varus
- 2^e orteil en griffe
- Atrophie musculaire prononcée

IRM pied D

- Lipome calcifié sans structure kystique ou collection

ALTÉRATION NEUROGÈNE DE LA MARCHÉ



ETIOLOGIES

- Neurodégénératif
- Familial
- Traumatique
- Médicamenteux
- Drogues/Alcool
- Anomalies biologiques
- Infection

Locomoteur

- Mouvements des MI+MS
- Taille, vitesse, déroulé du pas
- Posture du tronc, allure à la marche

Posture

- Normale
- Inclinée

Equilibre

- Yeux ouverts et fermés
- Appui bipodal: pieds joints+écartés
- Appui monopodal
- Manœuvres de résistance

Ostéo-articulaire

- Douleurs
- Déformations
- Limitations: Hanche, Genou, Pied
- Raideur colonne lombaire

Neurologique

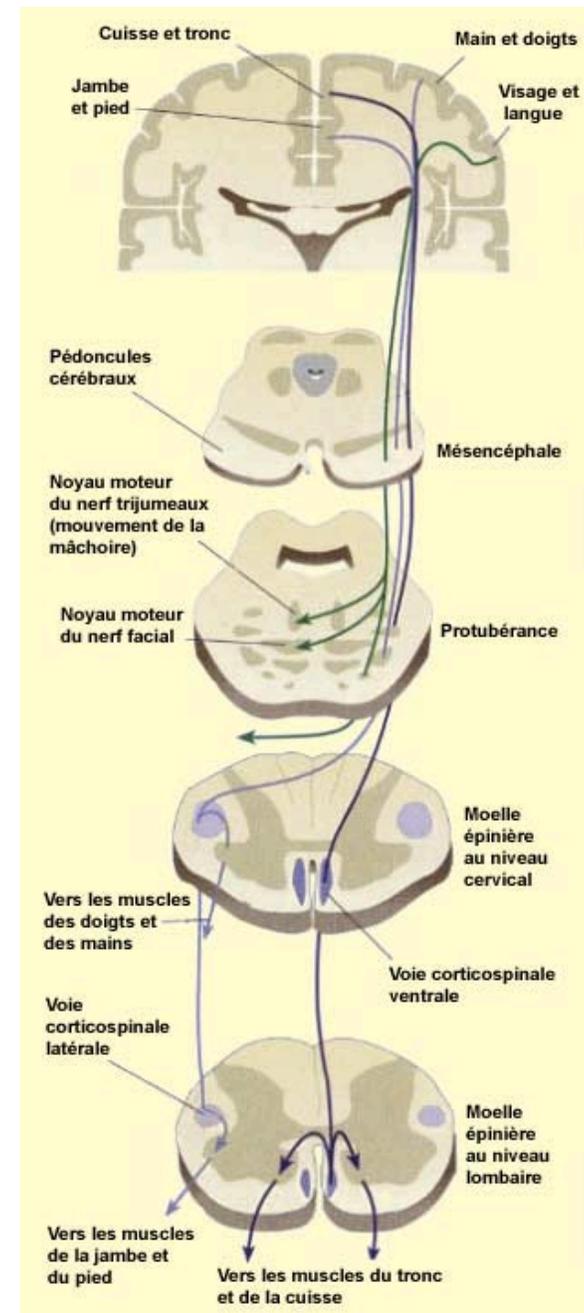
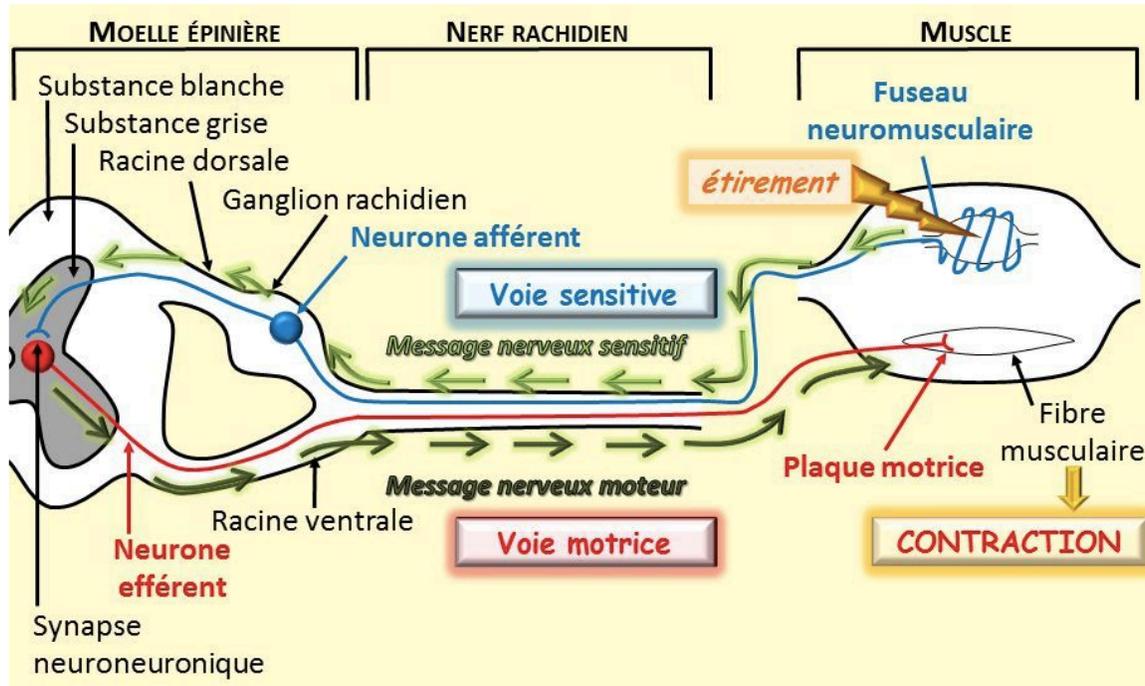
- Réflexes : OT+CP
- Amyotrophie
- Déficit sensitif
- Syndrome cérébelleux
- Lasègue
- Troubles sphinctériens

DÉMARCHE DÉFICITAIRE

Lésion nerveuse, musculaire ou pyramidale MI/tronc

⇒ Déficit moteur

⇒ Troubles de la marche/de l'équilibre



Locomotion

1. Composante réflexe: mouvements répétitifs

2. Composante volontaire: capacités d'adaptation aux aléas environnementales

ATTEINTE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES

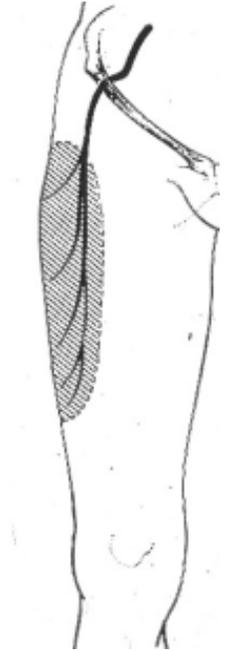
Boiterie de décharge

1. Méralgie paresthétiqu

1. **Nerf cutané latéral** ⚡ compression sous le lig inguinal

1. Déficit sensitif pur

2. Névralgie de Morton



ATTEINTE DES RACINES

Boiterie en salutation

1. Radiculalgie mécanique L5 ou S1
2. Déficit moteur mineur ou modéré
 1. Sciatique paralysante:
Déficit moteur complet+aigu

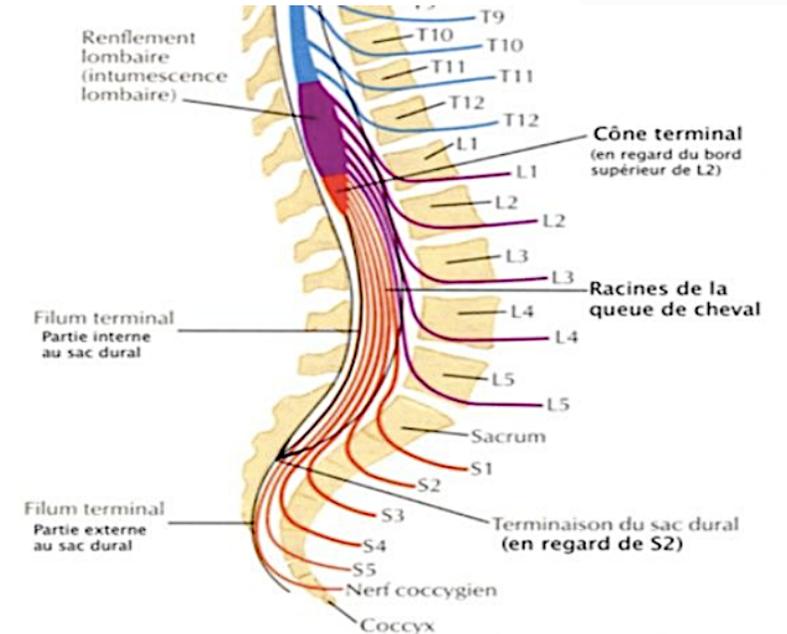
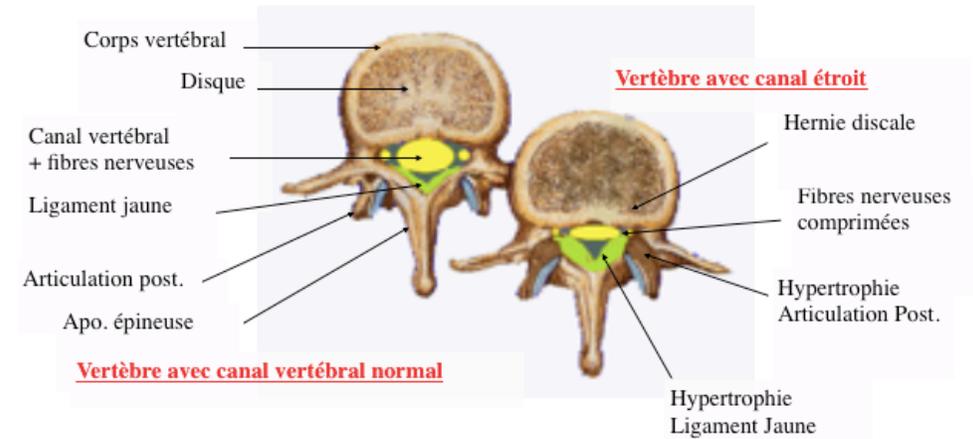


ATTEINTE DES RACINES

Claudication intermittente radiculaire

1. Douleur pluriradiculaire
2. Canal lombaire étroit

! Radiculopathie paralysante
→ Syndrome de la queue de cheval



Démarche dandinante

1. Démarche myopathique

2. Déficit moteur: racine des membres inférieurs+ceinture pelvienne

+/-hyperlordose avec bascule du bassin en avant

+/- myalgies/crampes

→ Myopathie inflammatoire/métabolique

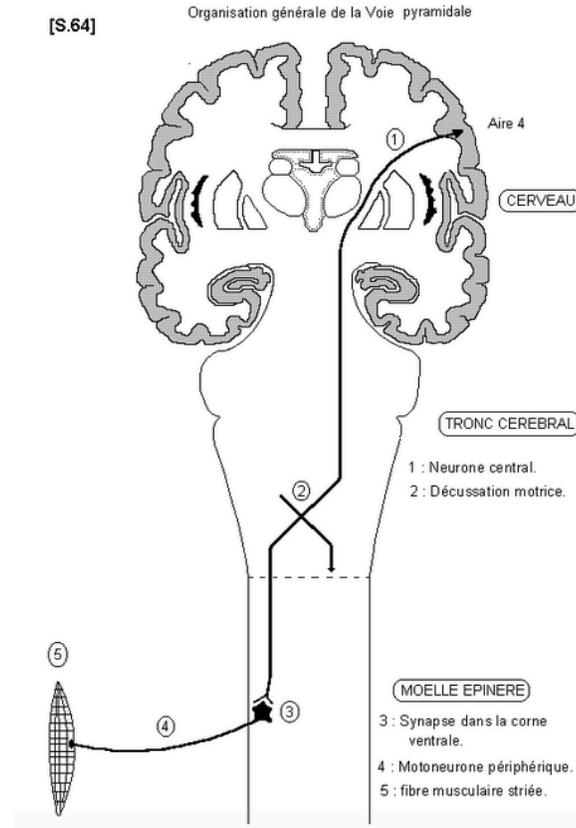
ATTEINTE PYRAMIDALE

Démarche en fauchant

1. Hémiplégie
2. Hypertonie spastique

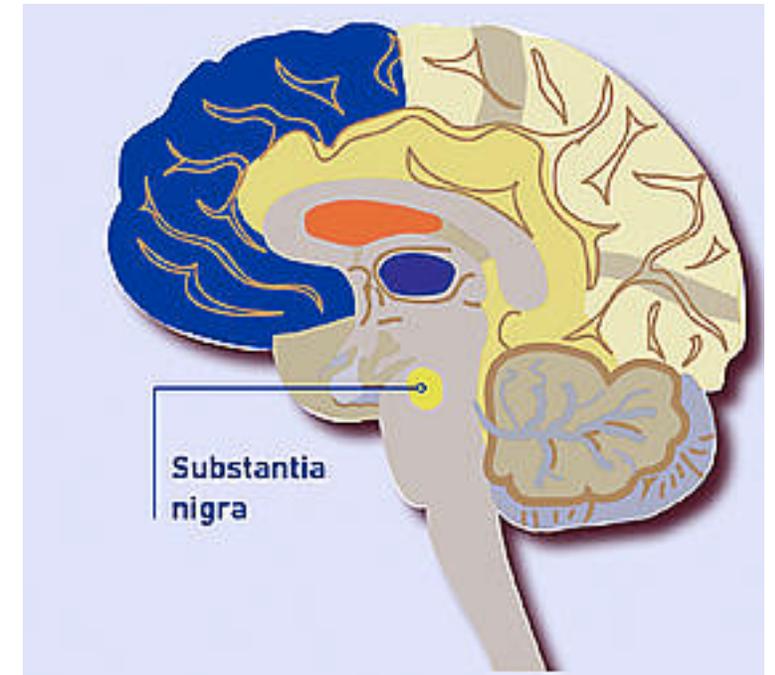
Démarche spasmodique

1. Atteinte pyramidale bilatérale des membres inférieurs
2. Pointe+bord externe du pied frottent sur le sol



Maladie de Parkinson

1. Démarrage lent
2. Piétinements sur place
3. Petits pas lents+traînants, tronc antéfléchi
4. Disparition du ballant des bras



MARCHE PARASITE

Mouvements involontaires

→ Chorée : mouvements de contorsion

→ Dyskinésies

→ Myoclonies

→ ...

DÉMARCHE DANS LES ATAXIES SENSITIVES

1. Ataxie proprioceptive

→ [Démarche talonnante](#)

→ Aggravé dans l'obscurité

2. Ataxie vestibulaire

→ Aveugle: déviée en étoile + latéropulsion du côté du labyrinthe lésé: atteinte périphérique

→ Accès vertige rotatoire sévère: marche impossible

3. Ataxie cérébelleuse

→ Atteinte centrale

→ [Démarche ébrieuse](#)

PSYCHOGÈNE

1. Indices

1. Evolution dans le temps

1. début soudain, rémission spontanée, survenue paroxystique
2. inconstance dans le temps
3. Modification spontanée, incompatible avec diagnostic initial

2. Expression clinique

1. Discordance avec les caractéristiques d' un trouble de la marche d'origine neurologique
2. Disparition par manœuvres de distraction
3. Majoration lorsque l'attention du sujet se porte sur la marche

3. Réponse thérapeutique

1. Placebo
2. Suggestion
3. Psychothérapie

[Exemple: Marche somatoforme \(hystérique\)](#)

A NE PAS OUBLIER

- Décharge de compensation/par habitude en postopératoire
 - Par exemple après mise en place d'une prothèse de hanche
 - => Insister sur appui et mise en charge du membre opéré
- Décharge après immobilisation plâtrée
 - Angoisse/Prudence
 - Troubles sensitifs
 - Symptômes résiduels
 - Raideur articulaire
 - => Réassurance, Mobilisation et Physiothérapie précoce

REFERENCES

<https://www.qcm-svt.fr/QCM/public-affichage.php?niveau=Tale-Spe-SVT&id=383>

https://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_06/i_06_cl/i_06_cl_mou/i_06_cl_mou.html

<https://www.cen-neurologie.fr/videotheque>

www.centrepiedgeneve.ch

www.anatomie-humaine.com