Tp 3, anatomie palpatoire.

**-Patella/rotule**: os triangulaire, a base supérieure et a pointe inférieure. La base est elle même triangulaire, puisque la face postérieure de la rotule a la forme d’une coque de bateau pour venir s’encastrer dans le sillon entre les deux condyles.

On la palpe et on la fait bouger.

Ce qui va aller avec c’est la fosse supra patellaire (nouvelle nomenclature) et donc cette fosse est entre le fémur et la patella, la quille du bateau vient s’encastrer dedans. Sous l’influence des ligaments mais également de la forme des surfaces articulaires, la rotule en extension vient vers le dedans, en flexion elle va vers le dehors.

La jambe en extension pour palper la rotule, on la fait bouger (en dedans ou en dehors, en haut ou en bas), et en même temps on palpe la fosse supra patellaire sur le plan latéral (on plie le genou pour palper la partie supérieure).

On va palper le réticulum patellaire (anciennement les ailerons rotuliens).

Plus on plie le genou moins la rotule est mobile.

**-les condyles fémoraux**: une fois qu’on a la fosse supra patellaire, on va latéralement et nous sommes sur les condyles.

On met le genou en flexion, de manière a dégager les condyles fémoraux et on sera en contact avec la surface articulaire des condyles (plus on fléchit le genou plus les condyles seront dégagés). On sent quelque chose de lisse sous les doigts.

On part de chaque coté de la rotule et on descend vers le tibia genou fléchit.

Avant d’arriver a la pointe de rotule on sent un relief osseux latéralement : ce sont les condyles.

On suit les condyles, on arrive dans l’interligne articulaire du genou.

La surface articulaire du condyle (face inférieure) est lisse.

Après les condyles, plus latéralement, on a des pointes : les épicondyles.

**-épicondyles**: en dedans il y a un épicondyle médial avec une jolie tubérosité, c’est le tubercule du troisième adducteur (ancienne nomenclature) ou grand adducteur (nouvelle nomenclature), s’insert aussi le ligament collatéral tibial, le gastrocnémien qui s’insert.

En dehors on a un autre épicondyle, moins pointu, sur lequel s’insert le ligament collatéral fibulaire et derrière il y a le gastrocnémien latéral et le muscle poplité.

Un autre truc pour trouver les épicondyles : on part du fémur et on sent des crêtes qui sont les lignes de bifurcation de la ligne âpre, on les suit et les épicondyles sont au bout.

On prend la jambe du patient et on lui demande de l’emmener en dedans, on a un tendon qui s’insert, se contracte (si on le trouve pas on lui demande de relâcher). On a donc l’épicondyle médial avec le point de départ du ligament collatéral tibial, le gastrocnémien derrière.

On le cherche aussi latéralement.



**-tubérosité tibiale** (insertion du tendon patellaire) : on prend la crête tibiale, on la remonte et la dessus on trouve quelque chose de plus épais : la tubérosité antérieure du tibia.

De la on va aller le plus haut possible et on passe latéralement, on sent un relief (qu’on va faire bouger pour mieux le sentir, rotation interne et externe de pied) et la on sera sur le bord des plateaux tibiaux (le bord, pas la surface articulaire), on ne peut pas sentir les surface articulaire, juste au dessus on sera sur l’interligne articulaire. On fait le tour des plateaux.

Sur le condyle tibial latéral (externe), on a un relief supplémentaire par rapport a l’interne qui est le tubercule infra condylaire ou tubercule de Gerdy sur lequel s’insert le TFL. (On a une crête qui relie le tubercule infra condylaire et le plateau tibial latéral).

Le mieux c’est genou plié, le tendon sous rotulien/tendon patellaire s’accroche a la tubérosité tibiale antérieure. Un peu plus haut que la tubérosité tibiale antérieure il y a un creux, on va latéralement et on est sur les plateaux tibiaux.

Pour bien sentir le plateau tibial en dedans on fait une rotation externe du pied (le plateau externe recul, le plateau interne avance)

Si on fait le plateau latéral, on met le tibia en rotation médiale, on sent bien le bord du plateau, l’interligne avec au dessus le condyle, plus latéralement on sent le tubercule infra condylaire ou tubercule de Gerdy et entre les deux une crête qui relie les deux.

Dans le fond de l’interligne on a les ménisques qui sont plus ou moins tendus.

Autre solution pour trouver les plateaux on prend le pointe de la rotule on suit le tendon, en s’écartant légèrement, et on vient buter sur le bord des plateaux.

 Il faut mettre le genou plié à 90°

(Autre façon : pour tubercule de Gerdy on prend le tibia, on met le doigt perpendiculaire sur la face latérale de la tubérosité antérieure.)

**-fibula**(anciennement le péroné) : palpation de la tête et du col. Intérêt de palper c’est qu’au niveau du col on a le sciatique poplité externe (ancienne nomenclature) ou nerf fibulaire (nouvelle nomenclature) qui vient s’enrouler autour du col de la fibula.

On a une pointe osseuse qui s’appelle la styloïde de la fibula sur lequel vient s’insérer le biceps fémorale. Sur la tête de la fibula il y a la fin du ligament collatéral fibulaire (ancienne ligament latéral externe).

Pour mettre en évidence la fibula on fait une rotation interne, ce qui fait que ça l’avance. On a la tête, puis un raccourcissement qui correspond au col. Derrière il y a une pointe osseuse qui correspond à la styloïde sur laquelle vient s’insérer le biceps, et aussi le ligament collatéral fibulaire.

**Les ligaments** : on va palper les aileron rotuliens (ancienne nomenclature) ou rétinaculum patellaire (nouvelle nomenclature), ils sont a la jonction base de la patella et coté latéral.

On va pousser la rotule : on la pousse en dedans, le rétinaculum médial va se verticaliser alors que l’autre s’horizontalise. En faisant ça on peut aussi palper le tendon sous rotulien.

L’intérêt quand on veut palper un ligament c’est de le mettre en tension, il faut savoir que le ligament collatéral tibial est oblique en avant, par contre l’autre est oblique vers l’arrière.

On ouvre et on met le pied en rotation externe (pour le ligament collatéral tibial)

Sinon on part de la tubérosité antérieure du tibia, on suit l’interligne et quand il y a un pont au dessus de l’interligne c’est notre ligament.

Pour le ligament collatéral fubilaire pareil sauf qu’il s’insert sur la fibula, on ouvre le compartiment externe, on se met dans l’orientation entre l’épicondyle et la tête, on a le ligament collatéral fibulaire.

**TFL** : origine : face latérale de l’EIAS et la partie antérieure de la lèvre externe de la crête iliaque. En réalité le TFL est composé de deux parties : une partie de fascia ou qu’on appelle aussi le tractus iléo tibial, qu’une partie musculaire qui est courte et qui va de l’EIAS au quart supérieur du bord antérieur du tractus iléo tibial.

Le TFL se termine sur tubercule infra condylaire (anciennement tubercule de Gerdy) sur le condyle latéral du tibia (le tubercule de Gerdy est sur le condyle latéral du tibia).

L’action du TFL : c’est le muscle des karatéka, action si le point fixe est en haut il est fléchisseur, abducteur, rotateur médial de hanche, extenseur du genou. Si le genou est en flexion, il est rotateur latéral du tibia par rapport au fémur et aussi stabilisateur transversal du genou avec les muscle de la patte d’oie.

Sujet en décubitus latéral.

Le tractus iléo tibial suit la couture du pantalon et se termine sur le tubercule de Gerdy. Sur ce tractus vient s’accrocher le tenseur mais on dénomine TFL tout l’ensemble.

Pour le mettre en évidence : abduction de hanche (avec jambe droite : la on voit le moyen fessier) et flexion de hanche en plus pour mettre en évidence le TFL.

Le vaste latéral (un chef du quadriceps) déborde le fascia lata en avant et en arrière.