Ce document a été mis en ligne par l'organisme FormaV®.

Toute reproduction, représentation ou diffusion, même partielle, sans autorisation préalable, est strictement interdite.

Pour en savoir plus sur nos formations disponibles, veuillez visiter :
formav.co/explorer

Pathologie

Session 2002 • Code sujet : **POE4ECM** • Durée : **2 h** • Coefficient : **4**

Sommaire

Cliquez sur une partie pour y accéder directement

1. **Maladie de Parkinson et troubles de la motricité volontaire** (2 questions) — **Page 3**
2. **Hallux rigidus de l'adulte** (3 questions) — **Page 4**
3. **Signification de l'indice de Schober** (1 question) — **Page 6**
4. **Cas clinique de douleurs plantaires droites** (3 questions) — **Page 7**
5. **Ce qu'il faut retenir & Questions fréquentes (FAQ)** (Synthèse & Q&A Examen) — **Page 8**

Sujet officiel (PDF) : https://btspodo.fr/assets/annales/bts-podo/E4 - Mise en œuvre des appareillages orthopédiques relevant du domaine d'activités du podo-orthésiste/2002/BTS Podo - E4 - Mise en œuvre des appareillages orthopédiques relevant du domaine d'activités du podo-orthésiste - Session 2002 - 1-Sujet.pdf

1. Maladie de Parkinson et troubles de la motricité volontaire

La partie présente la maladie de Parkinson comme un syndrome extra-pyramidal perturbant la motricité volontaire. Elle demande d'étudier ses trois grands signes cliniques et de décrire brièvement les troubles moteurs.

Question 1. Étudier les trois grands signes cliniques de la maladie de Parkinson.

La triade parkinsonienne associe **akinésie**, **hypertonie plastique** et **tremblement de repos**. L'akinésie rend les mouvements difficiles à déclencher, lents et de faible amplitude. L'hypertonie correspond à une résistance accrue lors de la mobilisation passive, parfois saccadée en « roue dentée ». Le tremblement, lent et régulier, apparaît surtout au repos et peut diminuer pendant un mouvement volontaire. Les signes sont souvent asymétriques au début ; le tremblement peut toutefois être absent.

> ✓ **RÉPONSE À RETENIR**
>
> Triade parkinsonienne : akinésie, hypertonie plastique et tremblement de repos.

Question 2. Décrire brièvement les troubles de la motricité volontaire.

Les mouvements volontaires sont difficiles à initier, lents et réduits en amplitude. Les gestes répétés peuvent perdre progressivement en vitesse et en ampleur ; les mouvements automatiques diminuent également.

- Marche à petits pas, diminution du balancement des bras, parfois blocage ou accélération involontaire.
- Gestuelle et expressivité du visage réduites ; voix souvent faible et écriture petite (micrographie).

La force musculaire peut rester conservée : il s'agit surtout d'un trouble de l'initiation et de l'exécution motrices, et non d'une paralysie.

> ✓ **RÉPONSE À RETENIR**
>
> Mouvements difficiles à initier, lents et de faible amplitude, avec réduction des automatismes et possible blocage de la marche.

2. Hallux rigidus de l’adulte

Cette partie porte sur l’hallux rigidus de l’adulte. Elle évalue la connaissance de sa définition, de ses conséquences sur la marche et de ses signes radiologiques.

Question 1. Donner la définition de l’hallux rigidus de l’adulte.

L’hallux rigidus est une arthrose de l’articulation métatarso-phalangienne du premier rayon. Elle se caractérise par une limitation progressive et douloureuse des mouvements du gros orteil, surtout de sa dorsiflexion. La raideur peut gêner le déroulement du pas et la propulsion. Des ostéophytes dorsaux peuvent accompagner l’atteinte et contribuer à la limitation mécanique.

> ✓ RÉPONSE À RETENIR
>
> Arthrose métatarso-phalangienne du gros orteil avec limitation douloureuse de la mobilité, principalement de la dorsiflexion.

Question 2. Décrire les conséquences de l’hallux rigidus sur la marche.

La raideur et la douleur limitent la dorsiflexion du gros orteil pendant la fin de l’appui, au moment où le pied se prépare à la propulsion. Le déroulement du pas devient moins fluide et l’appui sur l’avant-pied est douloureux.

1. La poussée par le premier rayon diminue, ce qui peut raccourcir le pas et réduire l’efficacité de la propulsion.
2. Une boiterie d’évitement ou un transfert de l’appui vers le bord externe du pied peut apparaître.

> ✓ RÉPONSE À RETENIR
>
> Fin d’appui et propulsion limitées et douloureuses, avec possible boiterie et transfert de l’appui vers le bord externe du pied.

Question 2. Citer les signes radiologiques de l’hallux rigidus.

Les radiographies montrent une arthrose de l’articulation métatarso-phalangienne du premier rayon. Les signes portent sur l’interligne et les surfaces articulaires ; leur importance varie selon le stade. Les remaniements osseux sont souvent plus visibles au versant dorsal.

Signe	Aspect radiologique
Pincement articulaire	Diminution de l’interligne métatarso-phalangien
Ostéophytes	Excroissances marginales, souvent dorsales
Remaniements osseux	Sclérose sous-chondrale, géodes possibles
Déformation	Irrégularité ou remodelage des surfaces articulaires

Ces signes traduisent la dégradation et le remodelage progressifs de l’articulation.

✓ **RÉPONSE À RETENIR**

Pincement articulaire, ostéophytes souvent dorsaux, sclérose sous-chondrale, géodes possibles et remodelage des surfaces articulaires.

3. Signification de l’indice de Schober

Cette partie concerne l’interprétation de l’indice de Schober, qui renseigne sur la mobilité lombaire. Il faut préciser ce que signifie une valeur inférieure à 4 cm.

Question III. Indiquer la signification d’un indice de Schober inférieur à 4 cm.

L’indice de Schober apprécie la mobilité en flexion du rachis lombaire. Une augmentation inférieure à 4 cm lors de la flexion du tronc indique une limitation de cette mobilité, autrement dit une raideur lombaire. Ce résultat peut notamment être observé dans une atteinte inflammatoire du rachis, mais ne suffit pas, à lui seul, à poser un diagnostic étiologique.

> ✓ **RÉPONSE À RETENIR**
>
> Indice inférieur à 4 cm : mobilité lombaire réduite, avec raideur et limitation de la flexion du rachis lombaire.

4. Cas clinique de douleurs plantaires droites

Un peintre en bâtiment de 40 ans présente des douleurs plantaires droites et a un antécédent de fracture de la malléole interne droite. L'examen relève des douleurs névralgiques, des paresthésies en station debout, une douleur déclenchée par la pronation forcée et un léger valgus calcanéen, avec force, amplitudes articulaires et sensibilité conservées.

Question 1. À partir des éléments du cas clinique, déterminer le diagnostic le plus probable.

Le diagnostic le plus probable est un **syndrome du tunnel tarsien droit**, correspondant à une irritation ou compression du nerf tibial postérieur derrière la malléole interne. Les douleurs en décharges électriques et les paresthésies plantaires évoquent une atteinte nerveuse. Leur déclenchement par la pronation forcée et l'antécédent de fracture malléolaire renforcent cette hypothèse. Une force et une sensibilité normales restent compatibles avec une atteinte débutante ou intermittente.

> ✓ **RÉPONSE À RETENIR**
>
> Syndrome du tunnel tarsien droit.

Question 2. Indiquer si une orthèse est nécessaire dans cette situation.

Oui, une orthèse plantaire est indiquée à visée conservatrice. Le léger valgus calcanéen et le déclenchement des douleurs par la pronation suggèrent qu'un contrôle de l'appui peut réduire les contraintes mécaniques. L'orthèse doit être adaptée à l'examen clinique et ne pas créer de pression douloureuse derrière la malléole interne. La persistance ou l'aggravation des symptômes justifie une réévaluation médicale.

> ✓ **RÉPONSE À RETENIR**
>
> Oui, une orthèse plantaire de contrôle de la pronation est indiquée.

Question 3. Si une orthèse est nécessaire, préciser laquelle.

1. Réaliser une orthèse plantaire adaptée, avec soutien de la voûte médiale.
2. Prévoir une correction modérée du valgus calcanéen afin de limiter la pronation, sans correction forcée.
3. Vérifier le confort dans la chaussure et l'absence de pression au niveau du tunnel tarsien.

La correction est ajustée progressivement en fonction de l'examen en charge et de l'évolution des douleurs.

> ✓ **RÉPONSE À RETENIR**
>
> Orthèse plantaire fonctionnelle avec soutien médial et correction modérée du valgus calcanéen.

Ce qu'il faut retenir de ce sujet (Session 2002)

Bilan de l'épreuve : L'épreuve de Pathologie du BTS Podo-Orthésiste, session 2002, porte le code POE4ECM, dure 2 h et a un coefficient 4. Elle aborde la maladie de Parkinson, l'hallux rigidus, l'indice de Schober et un cas de douleurs plantaires après fracture. Elle évalue les connaissances cliniques, l'analyse fonctionnelle et radiologique, le raisonnement diagnostique et la proposition orthétique.

Notions-clés, formules & règles à maîtriser

- La maladie de Parkinson est caractérisée par l'akinésie, la rigidité et le tremblement de repos.
- L'hallux rigidus correspond à une limitation de mobilité de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.
- L'indice de Schober apprécie la mobilité en flexion du rachis lombaire.
- Le diagnostic orthétique s'appuie sur l'ensemble des signes cliniques, mécaniques et des antécédents.

Points de vigilance & attentes du jury

- Distinguer les trois signes parkinsoniens et décrire leurs manifestations cliniques.
- Traiter séparément la définition, les conséquences sur la marche et les signes radiologiques de l'hallux rigidus.
- Interpréter l'indice de Schober comme une mesure de mobilité et replacer le résultat dans son contexte clinique.
- Justifier le diagnostic et la nécessité d'une orthèse à partir de tous les éléments du cas.

Questions fréquentes sur cette épreuve (Q&A Examen)

Q : Comment organiser l'étude des signes de la maladie de Parkinson ?

Présentez séparément l'akinésie, la rigidité et le tremblement de repos. Pour chacun, décrivez les manifestations observables et leur retentissement sur le mouvement, puis distinguez ces signes des troubles fonctionnels globaux.

Q : Que traduit généralement un indice de Schober inférieur à 4 cm ?

Cette valeur indique une mobilité diminuée du rachis lombaire en flexion selon la mesure de Schober. Elle constitue un signe clinique à interpréter avec l'examen et le contexte, mais ne permet pas, à elle seule, d'établir une maladie précise.

Q : Comment gérer les deux heures d'épreuve et le barème ?

Le sujet prévoit 2 heures, mais ne fournit pas de répartition des points. Répartissez votre temps entre les quatre parties, répondez à chaque consigne et gardez quelques minutes pour vérifier la numérotation et la clarté de vos réponses.

Q : Quels éléments soigner dans les réponses pour être bien évalué ?

Répondez précisément au verbe de chaque consigne et distinguez définition, conséquences et signes radiologiques. Dans le cas clinique, reliez les signes aux antécédents pour justifier votre diagnostic et votre proposition orthétique. Aucune grille de notation détaillée n'est fournie.

Sujet officiel associé (PDF) : https://btspodo.fr/assets/annales/bts-podo/E4 - Mise en œuvre des appareillages orthopédiques relevant du domaine d'activités du podo-orthésiste/2002/BTS Podo - E4 - Mise en œuvre des appareillages orthopédiques relevant du domaine d'activités du podo-orthésiste - Session 2002 - 1-Sujet.pdf

Ressources BTS Podo : Toutes les annales & corrigés • Fiches de révision complètes • Simulateur de notes d'examen

Copyright © 2027 FormaV®. Tous droits réservés.

FormaV® est une marque déposée auprès de l'INPI sous le numéro 5227897.

Ce document a été élaboré par FormaV® avec le plus grand soin afin d'accompagner chaque apprenant vers la réussite de ses examens. Son contenu (textes, graphiques, méthodologies, tableaux, exercices, concepts, mises en forme) constitue une œuvre protégée par le droit d'auteur.

Toute copie, partage, reproduction, diffusion ou mise à disposition, même partielle, gratuite ou payante, est strictement interdite sans accord préalable et écrit de FormaV®, conformément aux articles L.111-1 et suivants du Code de la propriété intellectuelle. Dans une logique anti-plagiat, FormaV® se réserve le droit de vérifier toute utilisation illicite, y compris sur les plateformes en ligne ou sites tiers.

En utilisant ce document, vous vous engagez à respecter ces règles et à préserver l'intégrité du travail fourni. La consultation de ce document est strictement personnelle.

Merci de respecter le travail accompli afin de permettre la création continue de ressources pédagogiques fiables et accessibles.