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

BTS PODO • CORRIGÉ DÉTAILLÉ

BTS Podo

Éléments de Connaissances Médicales

Session 2006 • Code sujet : **POE4ECM** • Durée : **2 heures** • Coefficient : **4**

Sommaire

Cliquez sur une partie pour y accéder directement

1. Articulation subtalaire, métatarsus varus et muscle long fibulaire (4 questions) **Page 3**

2. Arthrose talo-crurale et genu valgum bilatéral de l'enfant (6 questions) **Page 5**

3. Signes cliniques de trois pathologies neurologiques (1 question) **Page 8**

4. Ce qu'il faut retenir & Questions fréquentes (FAQ) (Synthèse & Q&A Examen) **Page 9**

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/2006/BTS Podo - E4 - Mise en œuvre des appareillages orthopédiques relevant du domaine d'activités du podo-orthésiste - Session 2006 - 1-Sujet.pdf

1. Articulation subtalaire, métatarsus varus et muscle long fibulaire

Cette partie examine la statique et la dynamique de l'articulation subtalaire, puis la mesure de l'angle d'un métatarsus varus. Elle demande également une étude anatomique et fonctionnelle du muscle long fibulaire.

Articulation subtalaire : statique articulaire

Question 1). Donner les valeurs des angles de divergence talo-calcanéenne dans les plans transversal et sagittal, en identifiant l'angle de Djian-Annonier, puis donner un exemple de pathologie susceptible de modifier ces angles.

La divergence talo-calcanéenne se mesure entre les axes longitudinaux du talus et du calcanéus. Elle est normalement d'environ 15 à 20° sur le cliché transversal. Sur le cliché sagittal, l'angle de Djian-Annonier, mesuré entre l'axe du talus et la tangente plantaire du calcanéus, est d'environ 120 à 130°. Un pied plat valgus peut modifier ces rapports et augmenter l'angle de Djian-Annonier.

> **✓ RÉPONSE À RETENIR**
>
> Plan transversal : 15 à 20°. Plan sagittal, angle de Djian-Annonier : 120 à 130°. Exemple : pied plat valgus.

Articulation subtalaire : dynamique fonctionnelle et axe de Henke

Question 2). Décrire l'axe anatomique de Henke, préciser son importance physiologique et donner un exemple de son utilisation en appareillage.

L'axe de Henke est l'axe oblique de l'articulation subtalaire, orienté du bas et de l'arrière vers le haut et l'avant, avec une composante latérale vers médiale. Il traverse les facettes articulaires du talus et du calcanéus.

1. Il associe les mouvements des trois plans : supination avec inversion, adduction et flexion plantaire ; pronation avec éversion, abduction et flexion dorsale.
2. Ces mouvements permettent l'adaptation au sol et la stabilisation du pied pendant la propulsion.

En appareillage, une orthèse plantaire avec coin médial ou latéral peut aider à contrôler la pronation ou la supination de l'arrière-pied.

> **✓ RÉPONSE À RETENIR**
>
> L'axe de Henke organise les mouvements tridimensionnels de l'arrière-pied et guide leur contrôle par les coins d'une orthèse plantaire.

Question II. Expliquer comment mesurer l'angle d'un métatarsus varus.

Sur une radiographie dorso-plantaire du pied, de préférence en charge, tracer l'axe longitudinal du talus et celui du deuxième métatarsien. L'angle formé par ces deux axes mesure l'adduction de l'avant-pied par rapport à l'arrière-pied : son augmentation traduit un métatarsus varus plus marqué. Une valeur d'environ 0 à 15° est habituellement considérée comme normale ; l'interprétation tient compte de l'âge et du contexte clinique.

✓ RÉPONSE À RETENIR

Radiographie dorso-plantaire : mesurer l'angle entre l'axe longitudinal du talus et celui du deuxième métatarsien.

Question III. Faire l'étude complète du muscle long fibulaire en précisant son origine, son trajet, sa terminaison et ses fonctions.

Élément	Description
Origine	Tête et partie supérieure des deux tiers de la face latérale de la fibula, avec les septa intermusculaires.
Trajet	Descend dans la loge latérale, passe derrière la malléole latérale, puis sous le pied dans la gouttière du cuboïde.
Terminaison	Face plantaire de la base du premier métatarsien et cunéiforme médial.
Fonctions	Éversion et faible flexion plantaire ; abaissement et stabilisation du premier rayon ; soutien de l'arche transversale.

Son tendon croise la plante du pied obliquement et contribue ainsi à la stabilité de l'avant-pied.

✓ RÉPONSE À RETENIR

Origine fibulaire ; trajet rétro-malléolaire puis plantaire ; terminaison au premier métatarsien et au cunéiforme médial. Éverseur, faible fléchisseur plantaire et stabilisateur du premier rayon.

2. Arthrose talo-crurale et genu valgum bilatéral de l’enfant

Cette partie porte sur les conséquences de l’arthrose talo-crurale sur la marche et sur les caractéristiques de ses douleurs. Elle aborde aussi le genu valgum bilatéral de l’enfant, ses signes cliniques, les indications des orthèses plantaires et le traitement chirurgical possible.

Arthrose de l’articulation talo-crurale

Question 1). Décrire la marche dans le contexte d’une arthrose de l’articulation talo-crurale, également appelée tibio-tarsienne.

La limitation de mobilité de la cheville réduit l’avancée du tibia sur le pied et le déroulé du pas. À la marche, l’appui du côté douloureux est souvent écourté et la poussée terminale diminuée. Le patient peut boiter, surtout après un effort. L’importance des adaptations dépend de la douleur et de la raideur articulaires.

> ✓ RÉPONSE À RETENIR
>
> Marche antalgique, appui écourté du côté douloureux, déroulé du pied et poussée terminale diminués.

Question 2). Donner les caractéristiques des douleurs arthrosiques.

La douleur arthrosique est principalement mécanique et suit généralement l’activité :

- Elle augmente à la marche, à la station debout prolongée ou lors des sollicitations de l’articulation.
- Elle est soulagée par le repos.
- Un dérouillage douloureux peut apparaître après une période d’immobilité, mais il est habituellement bref.
- La douleur nocturne est généralement absente, sauf lors des poussées importantes ou aux stades évolués.

> ✓ RÉPONSE À RETENIR
>
> Douleur mécanique, aggravée par l’activité et calmée par le repos, avec dérouillage initial bref et généralement sans douleur nocturne.

Genu valgum bilatéral de l’enfant

Question 1). Donner la définition du genu valgum bilatéral de l’enfant.

Le genu valgum est une déviation de l’axe des membres inférieurs dans le plan frontal : les genoux sont rapprochés ou se touchent, tandis que les chevilles restent écartées. La jambe s’écarte vers l’extérieur par rapport à la cuisse. Chez l’enfant, un valgum bilatéral modéré peut correspondre à une étape physiologique du développement et se corriger avec la croissance.

> ✓ RÉPONSE À RETENIR
>
> Déviation bilatérale des genoux vers l’intérieur : genoux rapprochés, chevilles écartées.

Question 2). Décrire les signes cliniques du genu valgum et préciser la différence entre un genu valgum bénin et un genu valgum pathologique.

Critère	Genu valgum bénin	Genu valgum pathologique
Aspect	Déviation modérée, généralement symétrique	Déviation marquée ou asymétrique
Évolution	Âge compatible avec le développement, tendance à régresser	Persiste au-delà de l'âge attendu, s'aggrave ou apparaît tardivement
Signes associés	Habituellement indolore, sans gêne importante	Douleur, gêne fonctionnelle ou cause osseuse, de croissance ou traumatique possible

À l'examen, on observe les axes des membres debout et à la marche, ainsi que l'écartement des chevilles lorsque les genoux sont rapprochés.

> ✓ **RÉPONSE À RETENIR**
>
> Forme bénigne : modérée, symétrique et régressive. Forme pathologique : importante, asymétrique, persistante ou évolutive, parfois douloureuse ou liée à une affection.

Question 3). Préciser les indications des orthèses plantaires.

Les orthèses plantaires peuvent être indiquées si un valgus souple du pied ou une pronation excessive accompagne la déviation et contribue au déséquilibre, ou si l'enfant présente une gêne plantaire. Elles visent à améliorer les appuis et le confort pendant la marche. Leur indication se décide après examen clinique. Elles ne corrigent pas à elles seules une déformation osseuse du genou.

> ✓ **RÉPONSE À RETENIR**
>
> Indiquées surtout en cas de valgus souple ou de pronation excessive du pied associé, ou de gêne plantaire ; elles ne redressent pas l'os du genou.

Question 4). Expliquer succinctement le traitement chirurgical possible.

1. Chez l'enfant ayant une croissance résiduelle, une épiphysiodèse temporaire guidée peut freiner la croissance du côté médial du genou.
2. Le côté latéral poursuivant sa croissance, l'axe se corrige progressivement. Le chirurgien surveille l'évolution et retire le matériel au moment adapté.
3. Si la croissance est terminée et que la déformation est sévère, une ostéotomie correctrice peut être envisagée.

✓ RÉPONSE À RETENIR

Enfant en croissance : épiphysiodèse temporaire guidée médiale. Après la croissance, si la déformation est sévère : ostéotomie correctrice.

3. Signes cliniques de trois pathologies neurologiques

Cette partie propose trois pathologies neurologiques : la polynévrite, le syndrome cérébelleux et la maladie de Parkinson. Pour chacune, le candidat doit citer deux signes cliniques caractéristiques permettant d'évoquer le diagnostic.

Polynévrite, syndrome cérébelleux et maladie de Parkinson

Question III. Pour chacune des trois pathologies suivantes, citer deux signes cliniques caractéristiques permettant d'évoquer le diagnostic : polynévrite, syndrome cérébelleux et maladie de Parkinson.

Les signes attendus sont :

Pathologie	Deux signes cliniques
Polynévrite	Hypoesthésie distale en « chaussettes » ; abolition des réflexes achilléens.
Syndrome cérébelleux	Ataxie avec élargissement du polygone de sustentation ; dysmétrie.
Maladie de Parkinson	Bradykinésie ; tremblement de repos.

✓ RÉPONSE À RETENIR

Polynévrite : hypoesthésie distale et abolition des réflexes achilléens. Syndrome cérébelleux : ataxie et dysmétrie. Parkinson : bradykinésie et tremblement de repos.

Ce qu'il faut retenir de ce sujet (Session 2006)

Bilan de l'épreuve : Épreuve de BTS Podo-Orthésiste, session 2006, code POE4ECM, d'une durée de 2 heures et de coefficient 4. Elle évalue les connaissances médicales relatives à l'articulation subtalaire, au métatarsus varus et au muscle long fibulaire, puis à l'arthrose talo-crurale, au genu valgum de l'enfant et aux signes cliniques de trois pathologies neurologiques.

Notions-clés, formules & règles à maîtriser

- L'étude de la divergence talo-calcanéenne distingue les plans transversal et sagittal, avec l'angle de Djian-Annonier dans le plan sagittal.
- L'analyse de l'axe de Henke associe sa description anatomique, son importance physiologique et un exemple d'application en appareillage.
- L'étude complète du muscle long fibulaire traite séparément son origine, son trajet, sa terminaison et ses fonctions.
- Le genu valgum de l'enfant s'aborde par la définition, l'examen clinique, la distinction bénin-pathologique et les possibilités de prise en charge.

Points de vigilance & attentes du jury

- Pour les angles talo-calcanéens, distinguer explicitement les plans transversal et sagittal et nommer l'angle de Djian-Annonier.
- Ne pas limiter la réponse sur l'axe de Henke à sa description : traiter aussi son rôle physiologique et son usage en appareillage.
- Pour le long fibulaire, vérifier que les quatre éléments demandés sont présents : origine, trajet, terminaison et fonctions.
- En neurologie, donner deux signes pour chacune des trois pathologies et attribuer clairement les signes au diagnostic concerné.

Questions fréquentes sur cette épreuve (Q&A Examen)

Q : Comment organiser une réponse sur la statique et la dynamique de l'articulation subtalaire ?

Présentez séparément les angles de divergence dans les plans transversal et sagittal, en associant Djian-Annonier au plan sagittal. Pour l'axe de Henke, développez successivement sa description anatomique, son rôle physiologique et un exemple d'appareillage.

Q : Quels éléments doivent figurer dans l'étude du muscle long fibulaire ?

Structurez votre réponse en quatre rubriques : origine, trajet, terminaison et fonctions. Cette organisation reprend toutes les informations explicitement demandées et permet de vérifier que l'étude anatomique et fonctionnelle est complète.

Q : Le sujet donne-t-il des points par question ou un temps conseillé pour chaque partie ?

La page indique une durée totale de 2 heures et un coefficient de 4, mais aucun barème détaillé par question ni répartition du temps. Il faut donc gérer le temps selon la longueur des tâches sans supposer de pondération non imprimée.

Q : Que faut-il retenir des consignes sur le genu valgum et les pathologies neurologiques ?

Pour le genu valgum, traitez les signes cliniques, la distinction entre forme bénigne et pathologique, les orthèses plantaires et la chirurgie. Pour chaque pathologie neurologique, donnez deux signes cliniques caractéristiques.

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/2006/BTS Podo - E4 - Mise en œuvre des appareillages orthopédiques relevant du domaine d'activités du podo-orthésiste - Session 2006 - 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.