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 2012 • Code sujet : **POE4ECM** • Durée : **2 heures** • Coefficient : **4**

Sommaire

Cliquez sur une partie pour y accéder directement

1. Anatomie et physiologie du tarse et des muscles du pied (2 questions) **Page 3**

2. Pathologie du membre inférieur et cas clinique (5 questions) **Page 5**

3. 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/2012/BTS Podo - E4 - Mise en œuvre des appareillages orthopédiques relevant du domaine d'activités du podo-orthésiste - Session 2012 - 1-Sujet.pdf

1. Anatomie et physiologie du tarse et des muscles du pied

Cette partie porte sur l'articulation transverse du tarse et sur quatre muscles : tibial postérieur, tibial antérieur, court fibulaire et abducteur de l'hallux. Elle évalue la connaissance des composantes articulaires, des surfaces, des mouvements et des principaux éléments anatomiques et fonctionnels des muscles.

Question 1. Pour l'articulation transverse du tarse, donner ses composantes, localiser sans les décrire les différentes surfaces osseuses articulaires et préciser ses mouvements. Indiquer si son fonctionnement avec l'articulation tarso-métatarsienne est commun ou dissocié, puis donner un exemple de trouble statique illustrant ce fonctionnement.

L'articulation transverse du tarse, ou articulation de Chopart, réunit les articulations talo-naviculaire et calcanéo-cuboïdienne. Les surfaces concernent la tête du talus et le naviculaire, ainsi que l'extrémité antérieure du calcanéus et la face postérieure du cuboïde. Les mouvements combinés sont l'inversion-éversion, l'abduction-adduction et la flexion-extension. Chopart et l'articulation tarso-métatarsienne peuvent fonctionner de façon dissociée : dans un pied plat valgus, l'arrière-pied peut être en valgus tandis que l'avant-pied est en supinatus.

> ✓ **RÉPONSE À RETENIR**
>
> Chopart : articulations talo-naviculaire et calcanéo-cuboïdienne. Mouvements combinés dans les trois plans. Exemple de dissociation : arrière-pied valgus et avant-pied en supinatus.

Question 2. Pour chacun des muscles tibial postérieur, tibial antérieur, court fibulaire et abducteur de l'hallux, détailler la loge musculaire où se situe le corps du muscle, le trajet du tendon, l'insertion distale, les actions et l'innervation.

Muscle	Loge et trajet du tendon	Insertion distale	Actions	Innervation
Tibial postérieur	Loge postérieure profonde de la jambe ; tendon derrière la malléole médiale, sous le rétinaculum des fléchisseurs.	Tubérosité du naviculaire, avec expansions aux cunéiformes, au cuboïde et aux bases des métatarsiens II à IV.	Inversion, adduction et flexion plantaire du pied ; soutien de la voûte médiale.	Nerf tibial, principalement L4-L5.
Tibial antérieur	Loge antérieure de la jambe ; tendon en avant de la cheville, sous les rétinaculums des extenseurs.	Cunéiforme médial et base du premier métatarsien.	Flexion dorsale et inversion du pied ; soutien de la voûte médiale.	Nerf fibulaire profond, principalement L4-L5.
Court fibulaire	Loge latérale ; tendon derrière la malléole latérale, puis le long du bord latéral du pied.	Tubérosité de la base du cinquième métatarsien.	Éversion et abduction du pied ; aide à la flexion plantaire.	Nerf fibulaire superficiel, principalement L5-S1.
Abducteur de l'hallux	Loge plantaire médiale, première couche ; tendon longeant le bord médial du pied.	Face médiale de la base de la phalange proximale de l'hallux, avec le sésamoïde médial.	Abduction et flexion de l'hallux ; soutien de la voûte médiale.	Nerf plantaire médial, principalement S1-S2.

Les trajets sont rapportés à la jambe et au pied ; les racines indiquées sont les principales.

✓ RÉPONSE À RETENIR

Tibial postérieur : inversion et flexion plantaire ; tibial antérieur : flexion dorsale ; court fibulaire : éversion ; abducteur de l’hallux : abduction et flexion de l’hallux.

2. Pathologie du membre inférieur et cas clinique

Cette partie examine une paralysie séquellaire de poliomyélite, le diagnostic différentiel de douleurs mécaniques du talon et le cas d'une femme présentant un hallux valgus bilatéral ancien. Elle mobilise le raisonnement clinique et radiographique, l'évaluation des risques vasculaires et la proposition justifiée de traitements des troubles statiques.

Question 3. Pour un patient présentant une paralysie du membre inférieur gauche, séquelle d'une poliomyélite antérieure aiguë survenue dans l'enfance, donner les signes cliniques de cette paralysie et les anomalies cliniques du membre inférieur gauche.

La séquelle est une paralysie périphérique flasque : déficit moteur, hypotonie, réflexes diminués ou abolis, amyotrophie, avec sensibilité conservée. Au membre inférieur gauche, les conséquences varient selon les muscles paralysés : déséquilibre musculaire et déformations du pied ou du genou, limitation de mobilité, instabilité et troubles de la marche. Une atteinte ancienne peut aussi freiner la croissance du membre et entraîner une inégalité de longueur, ainsi qu'un défaut d'appui.

> **✓ RÉPONSE À RETENIR**
>
> Paralysie flasque avec amyotrophie et réflexes diminués, sans déficit sensitif ; déformations, inégalité de longueur et troubles de marche possibles selon les muscles atteints.

Question 4. Détailler le diagnostic clinique et radiographique différentiel entre une enthésopathie de l'aponévrose plantaire et une fracture de fatigue du calcanéus. Pour chaque diagnostic, préciser les caractéristiques de la douleur, les données de l'examen et les données radiographiques. La réponse peut être présentée sous forme de tableau comparatif.

Élément	Enthésopathie de l'aponévrose plantaire	Fracture de fatigue du calcanéus
Douleur	Au talon plantaire médial, marquée aux premiers pas après repos ; parfois relancée à l'effort.	Profonde et progressive, d'abord à l'effort, puis parfois à la marche ou au repos.
Examen	Douleur localisée à l'insertion calcanéenne ; mise en tension de l'aponévrose douloureuse.	Douleur diffuse ; compression latérale du calcanéus douloureuse, parfois avec œdème.
Radiographie	Souvent normale ; une épine calcanéenne éventuelle n'est pas spécifique.	Souvent normale au début ; secondairement, trait ou bande de condensation osseuse possible.

La douleur des premiers pas et la sensibilité élective de l'insertion orientent vers l'enthésopathie. Une douleur profonde reproduite par la compression du calcanéus évoque plutôt une fracture de fatigue. Si la radiographie initiale est normale, une suspicion persistante de fracture justifie une imagerie complémentaire, notamment une IRM.

> **✓ RÉPONSE À RETENIR**
>
> Douleur d'insertion, surtout aux premiers pas : enthésopathie. Douleur profonde et compression calcanéenne douloureuse : fracture de fatigue, parfois invisible sur la radiographie initiale.

A

Question 5. Dans le cas clinique d'une femme de 68 ans présentant un hallux valgus bilatéral ancien et irréductible, donner la définition de l'hallux valgus.

L'hallux valgus est une déformation de l'avant-pied caractérisée par une déviation latérale du gros orteil au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, associée à une déviation médiale du premier métatarsien. Elle augmente l'angle entre les axes du premier métatarsien et de l'hallux. Une saillie médiale de la tête métatarsienne peut former un « oignon » et provoquer un conflit avec la chaussure. Ici, la déformation est bilatérale, ancienne et irréductible.

> **✓ RÉPONSE À RETENIR**
>
> Déviation latérale de l'hallux associée à une déviation médiale du premier métatarsien, avec éventuelle saillie médiale de sa tête.

B

Question 5. Une plaie traumatique d'orteil, liée à un conflit pied-chaussure, a révélé une artériopathie oblitérante des membres inférieurs, dont l'évolution a conduit à une ischémie critique du membre inférieur droit. Donner les signes cliniques de ce pied ischémique et préciser son risque évolutif.

L'ischémie critique peut associer des signes de défaut de perfusion et de souffrance tissulaire. Rechercher :

- pied froid, pâle à l'élévation, parfois rouge en déclive, avec recoloration capillaire retardée ;
- pouls distaux diminués ou absents, peau fine, sèche et dépilée, ongles dystrophiques ;
- douleur de repos, plaie qui cicatrise mal, ulcération ou nécrose.

Le risque est l'extension de la nécrose, la gangrène et l'infection, pouvant conduire à la perte du membre et à une amputation. Cette situation impose une prise en charge vasculaire urgente.

> **✓ RÉPONSE À RETENIR**
>
> Pied froid, troubles trophiques, pouls diminués ou absents, douleur de repos et plaie. Risques : nécrose, gangrène, infection et amputation.

C

Question 5. Après un traitement de revascularisation ayant permis une guérison sans séquelles, proposer, sans détail technique, les traitements des troubles statiques de la patiente et justifier la réponse.

1. Adapter le chaussage : avant-pied suffisamment large et absence de pression sur les saillies.
2. Proposer, selon les appuis et les douleurs, des orthèses plantaires et des protections ou orthoplasties pour limiter les conflits entre les orteils.

3. Si la gêne douloureuse persiste malgré ces mesures, discuter une correction chirurgicale de la déformation irréductible après évaluation spécialisée.

Le traitement conservateur vise à soulager et prévenir les lésions cutanées, sans corriger une déformation fixée. L'antécédent d'infarctus et l'artériopathie imposent de vérifier les risques cardiovasculaire et vasculaire avant toute chirurgie, malgré la revascularisation obtenue.

✓ RÉPONSE À RETENIR

Chaussage adapté, orthèses plantaires et protections ; chirurgie correctrice si gêne persistante, après évaluation des risques cardiovasculaire et vasculaire.

Ce qu'il faut retenir de ce sujet (Session 2012)

Bilan de l'épreuve : L'épreuve U 41 de connaissances médicales du BTS Podo-orthésiste, session 2012, porte le code POE4ECM et dure deux heures, avec un coefficient 4. Elle étudie l'articulation transverse du tarse, les muscles du pied et des situations de pathologie du membre inférieur. Les compétences évaluées comprennent l'analyse anatomique, le diagnostic clinique et radiographique, l'appréciation des risques et la justification d'une prise en charge.

Notions-clés, formules & règles à maîtriser

- L'articulation transverse du tarse comprend les articulations talo-naviculaire et calcanéo-cuboïdienne.
- Pour décrire chaque muscle, distinguer la loge, le trajet tendineux, l'insertion distale, les actions et l'innervation.
- Le diagnostic différentiel des douleurs du talon compare les symptômes, l'examen clinique et les signes radiographiques.
- L'ischémie critique expose à une perte tissulaire et peut menacer le membre inférieur concerné.

Points de vigilance & attentes du jury

- Distinguer les composantes, les surfaces, les mouvements et le fonctionnement articulaire demandé.
- Traiter séparément les quatre muscles et inclure pour chacun le trajet tendineux et l'innervation.
- Comparer les deux causes de douleur du talon selon les trois catégories demandées : douleur, examen et radiographie.
- Dans le cas clinique, prendre en compte l'ischémie, la revascularisation et les troubles statiques pour justifier les traitements.

Questions fréquentes sur cette épreuve (Q&A Examen)

Q : Comment organiser la description anatomique d'un muscle dans cette épreuve ?

Présentez chaque muscle séparément et suivez le même ordre : loge du corps musculaire, trajet du tendon, insertion distale, actions, puis innervation. Cette structure permet de traiter explicitement chaque élément demandé.

Q : Comment comparer l'enthésopathie plantaire et la fracture de fatigue du calcanéus ?

Pour chaque diagnostic, distinguez les caractéristiques de la douleur, les données de l'examen clinique et les signes radiographiques. Un tableau comparatif convient, puisque le sujet autorise explicitement cette présentation.

Q : Quelle est la durée de l'épreuve et quel matériel est autorisé ?

L'épreuve dure deux heures et son coefficient est 4. Les calculatrices de poche sont autorisées si elles fonctionnent de manière autonome et sans imprimante ; tout autre matériel est interdit.

Q : Le sujet indique-t-il un barème détaillé ou des normes chiffrées à appliquer ?

Aucun barème par question ni aucune norme chiffrée ne sont indiqués dans le sujet. Veillez à répondre à toutes les composantes des consignes et à justifier les propositions demandées, sans supposer de pondération.

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/2012/BTS Podo - E4 - Mise en œuvre des appareillages orthopédiques relevant du domaine d'activités du podo-orthésiste - Session 2012 - 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.