

Université Salah Boubnider Constantine 3
Faculté de médecine de Constantine
Service de médecine interne Centre Hospitalo-
Universitaire de Constantine

Examen de la marche et de la station debout

Module de Sémiologie

Pr NOURIA BENMOSTEFA

Année universitaire 2019/2020

1	Introduction.....	2
2	La position debout :	2
2.1	Normalement :.....	2
2.2	Les anomalies de la station debout.....	2
3	La marche :	3
3.1	Les anomalies de la démarche.....	3
3.1.1	Marche ataxique :.....	3
3.1.2	Marche déficitaire :.....	4
3.1.3	Marche extrapyramidale :.....	4

1 Introduction

L'examen clinique étudie la posture et la marche ;

La posture et la démarche : La posture qui est étudiée par la position debout et la démarche sont des actes en grande partie automatiques, mais en réalité très complexes nécessitant l'intégrité de :

- ✓ la force musculaire,
- ✓ de la coordination,
- ✓ de la sensibilité proprioceptive,
- ✓ de la fonction vestibulaire
- ✓ et de la vue.

L'équilibre est la faculté qu'a l'être humain de se maintenir en station verticale. La coordination est l'harmonie des gestes qui permet la réalisation d'actes précis et adaptés à un but. **Une ataxie** est une perturbation de l'équilibre et de la coordination motrice.

2 La position debout :

La position debout est étudiée en demandant au sujet de se **tenir debout**, les **pieds joints**, les bras le long du corps, les yeux ouverts puis les yeux fermés. On observe l'axe du corps avant et après occlusion des yeux (oscillations ou non, déviation latéralisée ou non), les tendons des muscles tibiaux (jambiers) antérieurs (qui normalement ne doivent pas bouger).

2.1 Normalement :

le sujet est capable de maintenir cette position les yeux ouverts et les yeux fermés.

2.2 Les anomalies de la station debout

peuvent se voir en cas d'atteinte de la **sensibilité proprioceptive**, en cas d'atteinte **vestibulaire** et en cas d'atteinte **cérébelleuse**.

L'ataxie traduit une instabilité posturale et se recherche par la manœuvre de Romberg. On observe la statique du sujet placé debout, pieds joints, yeux ouverts puis fermés.

Résultats de l'épreuve de Romberg

Manifestations	Résultats
Pas de déséquilibre	Normal
Oscillations du haut du corps dans toutes les directions, majorées par l'occlusion des yeux, avec possible chute sans latéralisation	C'est le vrai signe de Romberg qui traduit une atteinte dans la sensibilité proprioceptive (ataxie statique sensitive) . D'autres anomalies seront associées.
Oscillations du corps dans toutes les directions avec écartement des pieds (polygone de sustentation), non modifiées par occlusion des yeux. Possible chute sans latéralisation	Fait partie du syndrome cérébelleux statique (ataxie statique cérébelleuse), encore appelé signe de Romberg cérébelleux .
Déviation du corps latéralisée avec chute très marquée après occlusion des yeux.	Syndrome vestibulaire (ataxie statique vestibulaire), encore appelé signe de Romberg vestibulaire

Déviation du corps en arrière (rétropulsion), aggravée par l'occlusion des yeux	Syndrome frontal (ataxie statique frontale).
---	---

La position debout d'apprécier aussi certains troubles du tonus :

- **Station debout** avec l'attitude spontanément adoptée. Les anomalies visibles du tonus sont appelées **dystonie** :
 - **Dystonie axiale en flexion** ou démarche simiesque (comme singe) : le patient est debout avec flexion des genoux et le tronc penché vers l'avant. Ce signe est rencontré dans le syndrome extra-pyramidal ;
 - **Danse des tendons** : contraction alternées des tendons de la face antérieure de la cheville. Traduit **un syndrome cérébelleux statique**.

- **Balancement des bras** à la marche : perte du ballant d'un bras (syndrome parkinsonien).

3 La marche :

On examine la vitesse, l'amplitude et la régularité du pas, l'orientation (rectiligne ou non, parfois en ayant recours à une ligne droite au sol), le demi-tour (harmonieux ou décomposé), le ballant automatique des bras. La marche sur une ligne droite sensibilise l'examen.

La marche est le premier temps de l'examen. Elle apporte également des informations complémentaires car les anomalies neurologiques affectant la marche sont très diverses. On pourra raisonner anatomiquement en tenant compte des différents systèmes mis en jeu pour la marche :

Effecteurs : muscles, jonction neuromusculaire, vaisseaux et système ostéo-articulaire ;

- **Commande** est assurée par le **faisceau pyramidal** et **nerfs périphériques** ;
- **Régulation** assurée par le **système extrapyramidal** et **cérébelleux** ;
- **Sensoriel** : **visuel, vestibulaire** et **proprioceptif**,

On va demander au patient de **marcher sur une ligne droite** imaginaire, un pied devant l'autre et éventuellement terminer l'examen de la marche les yeux fermés afin de vérifier la normalité de la marche.

La marche sur les talons teste la motricité des loges antérolatérales des jambes ; la marche sur la pointe des pieds teste la force des muscles de la loge postérieure de jambe.

Voici les différents types de marche dans les pathologies neurologiques :

3.1 Les anomalies de la démarche

3.1.1 Marche ataxique :

marche sans déficit moteur avec atteinte de l'équilibre :

Ataxie proprioceptive : marche talonnante ou le pied est lancé trop haut et retombe lourdement en frappant le sol sur le talon. Due à une méconnaissance de la position des membres dans l'espace (atteinte proprioceptive). Aggravation des troubles de la marche lors de l'occlusion des yeux et dans l'obscurité,

Ataxie cérébelleuse : marche pseudoébrieuse ; démarche ébrieuse, ressemblant à celle d'un individu ivre ; la démarche est irrégulière, s'écartant de part et d'autre de la ligne droite, avec augmentation du polygone de sustentation, associée en position debout statique à une **danse des tendons** (contraction alternée des jambiers antérieurs visible au niveau de la cheville),

Ataxie vestibulaire : marche déviant toujours du même côté pendant la crise, puis compensation par le cerveau et possible instabilité dans l'obscurité.

Ataxie frontale : astasie (rétropulsion du tronc avant tentative de marche) et abasie (marche impossible) : associée aux lésions sus- corticales diffuses et frontales,

3.1.2 Marche déficitaire :

- **Atteinte du SNC** : syndrome pyramidal :
- **Hémiplégie ou hémiparésie** : marche **fauchante** : hypertonie en extension et déficit des fléchisseurs. Le membre inférieur en extension décrivant à chaque pas un arc de cercle plus ou moins évident, mais dans tous les cas, la pointe du pied et son bord externe viennent racler le sol.
- **Paraplégie** : les 2 MI sont **spastiques**, donnant **une marche en ciseau** (marche digitigrade) ou **une marche de gallinacé** (rotation et inclinaison du tronc pour emmener le MI en extension vers l'avant).
 - **Atteinte du SNP** ou syndrome neurogène périphérique. **Marche steppante** par atteinte des releveurs de cheville. Le malade compense en levant les genoux, puis le pied retombe sur la pointe (steppage).
 - **Atteinte musculaire : marche dandinante** par déficit des muscles proximaux .Signe du tabouret associée. Marche avec **déhançement**, en canard et inclinaison du tronc du côté pathologique ;

3.1.3 Marche extrapyramidale :

voir cours correspondant.

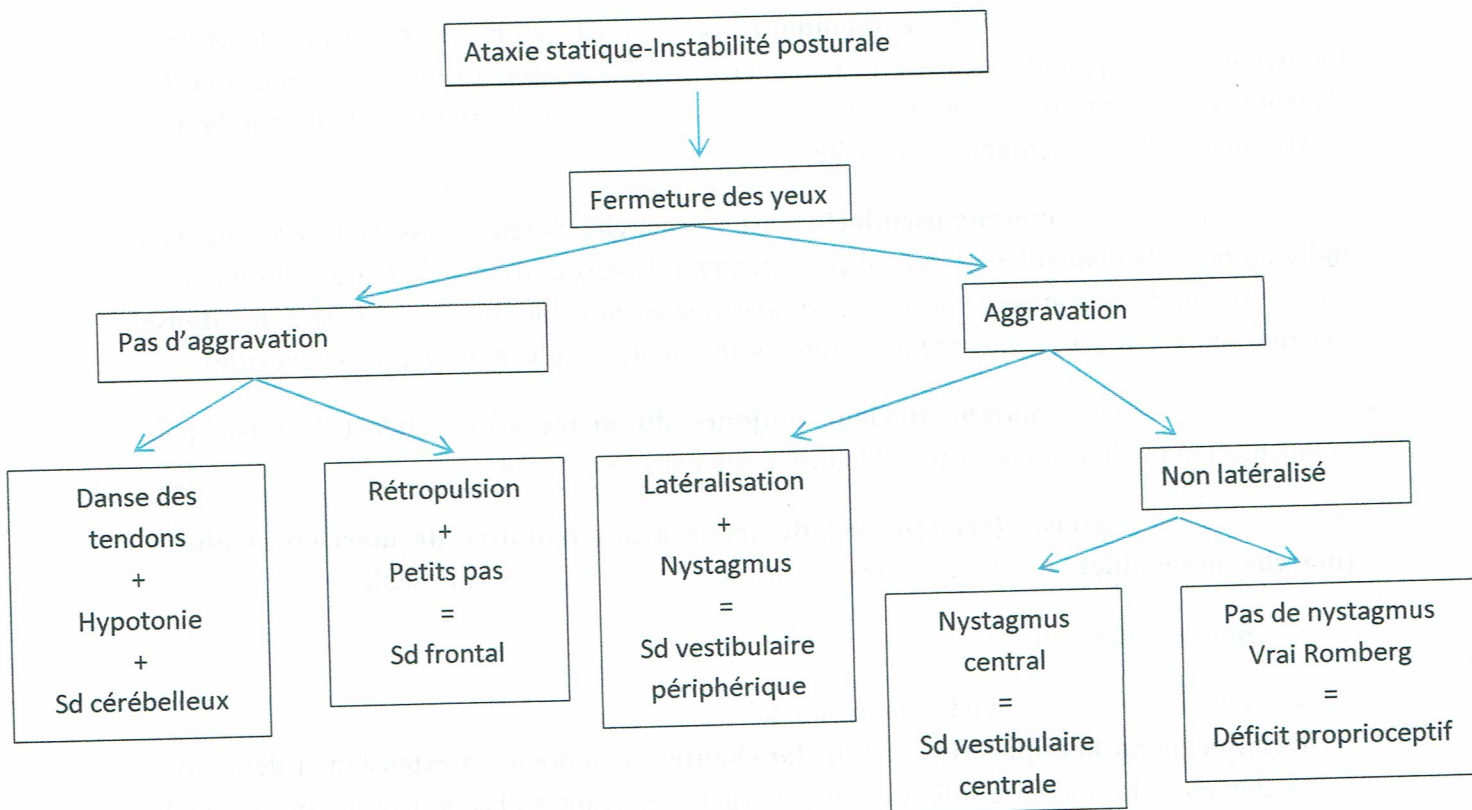


Figure 1 Orientation devant une ataxie

NB :

SNC : système nerveux central

SNP : système nerveux périphérique

MI : membres inférieurs

Bibliographie :

- *Précis de sémiologie*
- *Sémiologie médicale loic Guilevain*
- *Sémiologie médicale Baptise Coustet*

Pour voir les vidéos des différents troubles voici un lien très utile :

<https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/semiologie-analytique/syndrome-myogene-myopathique/syndrome-myogene-myopathique-0>

Pour toute questions ou informations supplémentaires veuillez me contacter par email au :

nouria.benmostefa@univ-constantine3.dz