

Cours de sémiologie neurologique

Dr N. Kerouaz .Service De Médecine Interne Constantine

Année 2016 / 2017

Examen de la marche et de la station debout

La marche et l'équilibre sont, malgré leur complexité, une activité essentiellement automatique et réflexe. Elles font intervenir de nombreuses structures du système nerveux central et périphérique et nécessitent par ailleurs l'intégrité de l'appareil ostéoarticulaire.

Tout médecin doit savoir analyser la marche et tester la posture et l'équilibre, connaître les principaux troubles de la marche et d'équilibre qui sont bien souvent stéréotypés et permettent ainsi d'évoquer le diagnostic au premier coup d'œil.

I. examen de la marche

L'examen se fera si possible pieds nus sur un sol dur sur au moins une dizaine de mètres.

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.

Des **épreuves particulières** sont parfois utilisées pour extérioriser un trouble de la marche plus fruste, notamment la marche rapide, saut pieds joints, marche en arrière, arrêt brusque, la montée et la descente des escaliers, marche les yeux fermés, marche sur les talons (teste la motricité des loges antérolatérales des jambes), marche sur la pointe des pieds (teste la force des muscles de la loge postérieure de jambe).

Différents types de troubles de la marche d'origine neurologique peuvent être observés :

- **la marche déficitaire** : consécutive à une atteinte du système pyramidal, du nerf périphérique, ou du muscle (démarche spastique, en steppant, myopathique)
- **la marche ataxique ou déséquilibrée** (cérébelleuse, vestibulaire, proprioceptive)
- **la marche extrapyramidale**

1. La démarche spastique de l'hémiplégique :

(Par atteinte du système pyramidal) est classiquement décrite comme la *démarche en fauchant*. Du fait de la contracture et de la paralysie des muscles du membre inférieur, le sujet avance en décrivant à chaque pas un arc de cercle à concavité interne, la pointe du pied et son bord externe viennent racler le sol. Le membre supérieur est en flexion.

2. La démarche en steppant ou steppage : Rappelle la marche des chevaux

Le pied est tombant par paralysie des muscles releveurs du pied, à la marche le pied se met en varus équin dès qu'il quitte le sol et le genou est levé trop haut pour éviter que la pointe du pied ne heurte le sol. Elle témoigne de l'atteinte **du nerf périphérique**.

3. La démarche dandinante ou démarche de canard :

Est très caractéristique des myopathes. (Par atteinte musculaire) Celle-ci résulte de l'atteinte des muscles moyens fessiers. Le bassin n'étant pas retenu du côté portant, retombe à chaque pas du côté opposé, entraîné par le poids du membre ballant.

4. Dans l'Ataxie cérébelleuse :

A la marche, le sujet ne peut aller droit devant lui, il avance en décrivant des courbes alternativement à droite et à gauche : **en zigzague**, les jambes écartées, les bras en abduction. Lorsque les oscillations du corps sont plus marquées au cours de la progression de la marche, le cérébelleux titube, **réalisant la démarche ébrieuse**.

5. Dans l'Ataxie vestibulaire ou labyrinthiques :

La marche est précautionneuse et instable avec une déviation latérale de la ligne de marche. Ce trouble est aggravé par la fermeture des yeux.

6. Dans l'Ataxie proprioceptive ou l'Ataxie sensitive :

L'atteinte **cordonale postérieure entraîne la démarche talonnante**. Le patient lance brusquement la jambe et pose le pied par le talon (il ne sait plus où se situe son pied dans l'espace par rapport au sol). On note une aggravation des troubles de la marche lors de l'occlusion des yeux et dans l'obscurité.

7. La démarche parkinsonienne, akinétique

Par **atteinte extrapyramidale**, Le sujet avance d'un seul bloc, le tronc incliné en avant, les membres en légère flexion, les bras ayant perdu leur balancement habituel. À un stade plus avancé, c'est la **marche à petits pas** avec frottement des pieds et **demi-tour décomposé**.

I- **examen de la station debout :** à la recherche d'un trouble de l'équilibre

On demande au malade de se tenir debout, les pieds bien joints l'un contre l'autre, d'abord en gardant les yeux ouverts, puis en les fermant.

Résultat : Le sujet normal ne présente pas d'instabilité.

1) En cas de syndrome cérébelleux :

Le patient : est incapable de se tenir les pieds joints, il les écarte : c'est l'augmentation **du polygone de sustentation**, il oscille autour de la position d'équilibre qui se traduit à l'inspection des pieds par le phénomène **de la danse des tendons des muscles jambiers**.
Le déséquilibre n'est pas aggravé lors de la fermeture des yeux (pas de signe de Romberg).

2) En cas de syndrome vestibulaire :

On observe une tendance à la chute le plus souvent latéralisée (vers la droite ou vers la gauche, ou en avant, ou en arrière). Cette tendance à la chute est aggravée lors de la fermeture des yeux, ce qui **constitue le signe de Romberg labyrinthique** : il s'agit du **Romberg latéralisé** (à distinguer du signe de Romberg proprioceptif).

Lors de la manœuvre précédente, avec **les bras tendus en avant, les index pointés face à ceux de l'examineur**, à l'occlusion de yeux, apparaît une **déviations des index** qui se fait dans un plan horizontal, du même côté que le signe de Romberg.

3) En cas d'atteinte proprioceptive :

Le patient debout, pieds joints, ne peut garder son équilibre, il comporte des oscillations en tous sens de l'axe du corps aggravées par l'occlusion des yeux c'est : **Le signe de Romberg proprioceptif** (alors que le signe de Romberg labyrinthique comporte une inclinaison latérale lente et progressive après l'occlusion des yeux).

L'examen neurologique est toujours complété par l'examen ostéoarticulaire et l'examen général : afin de distinguer les troubles de la marche d'origine non neurologique (marche douloureuse, phobique...).