



# Membre Inférieur

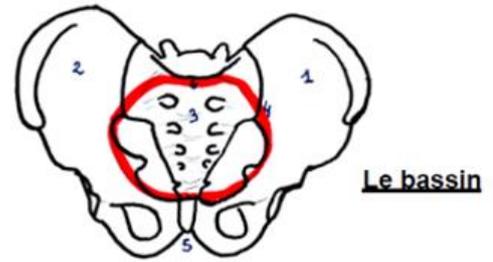
## LE SQUELETTE DU MEMBRE INFÉRIEUR/PELVIEN

### 1. RACINE : L'OS COXAL

On décrit les **2** articulations **sacro-iliaques**, et l'articulation entre les 2 os coxaux : **la symphyse pubienne = le pubis**.

En vue du dessus de cet os, on observe **le détroit supérieur du petit bassin/pelvis** +++ qui passe par :

- Le **pubis (5)**,
- La **ligne innominée** (visible seulement en vue endopelvienne !),
- **L'aileron sacré**,
- Le **promontoire (6)** = bord antérieur du plateau vertébral sacré S1.

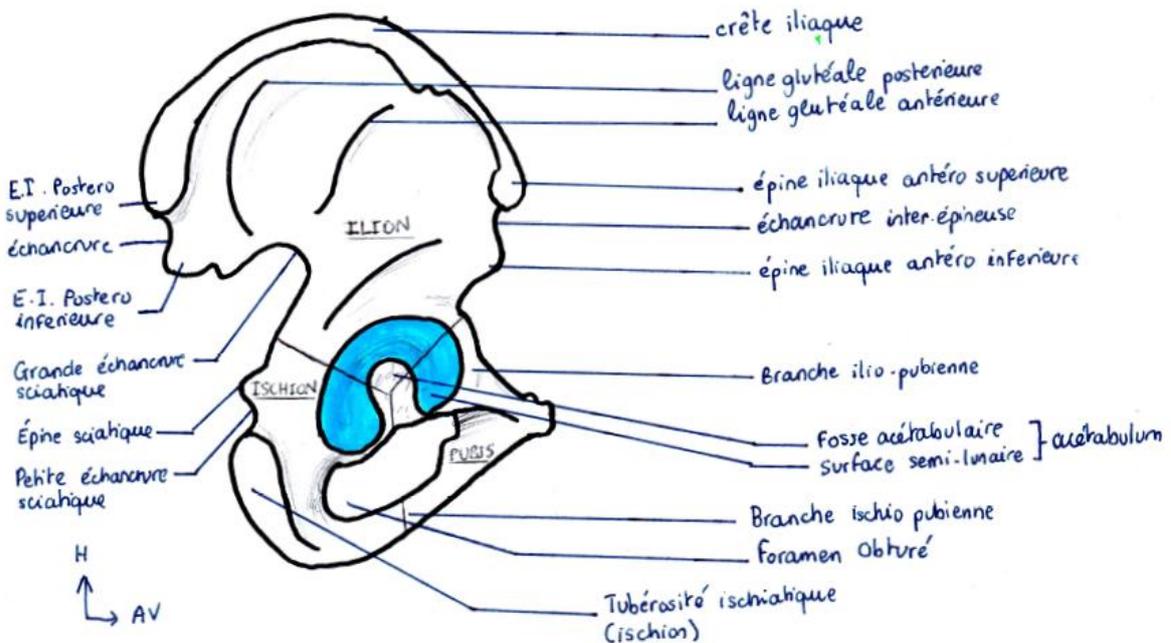


- 1 et 2 : 2 os coxaux
- 3 : sacrum
- 4 : articulation sacro-iliaque
- 5 : pubis, symphyse pubienne
- 6 : promontoire
- : détroit supérieur du petit bassin

Les deux os coxaux ont une forme **évasée** et, réunis, ils forment une sorte **d'entonnoir**.

On décrit une vue **endopelvienne** de l'os coxal = **médiale = interne**, comme si on était **dans** l'entonnoir, et une vue **exopelvienne** = **externe = latérale**, comme si on était **hors** de l'entonnoir.

### ♥ VUE EXOPELVIENNE ♥:



**Os coxal vue exo pelvienne**

On distingue **3 régions** sur cette vue exopelvienne :

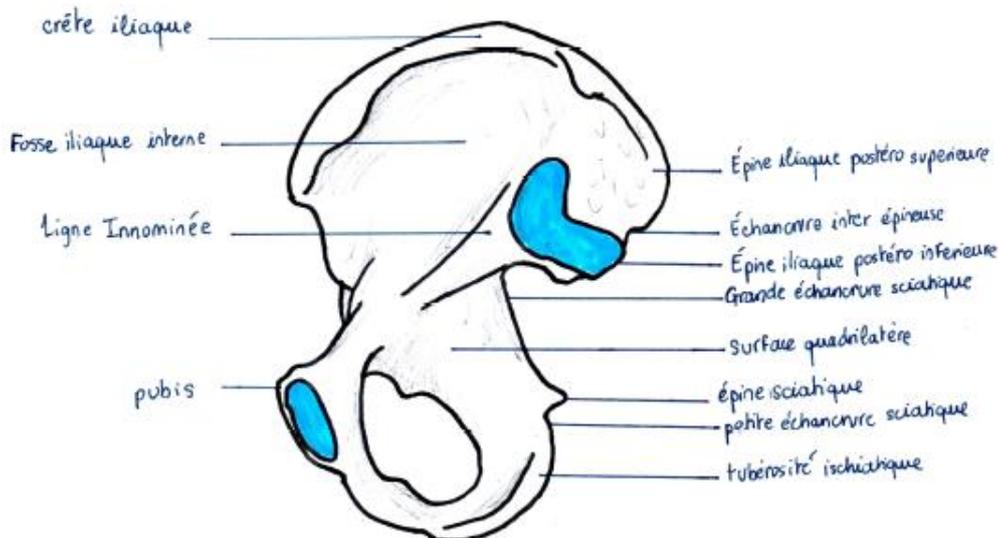
- ❖ **La fosse iliaque externe** avec **des lignes glutéales antérieure et postérieure** qui séparent les 3 zones d'insertions des **muscles fessiers** (=glutéaux) : les muscles petits, moyens et grands fessiers.
- ❖ La **surface cotyloïdienne** = **acétabulum** = **cotyle** = la surface articulaire de l'os coxal  
Avec 2 régions : la **fosse acétabulaire** et la **surface semi-lunaire recouverte de cartilage**.  
Au centre de cette SA, on voit la fusion entre les 3 os embryonnaires qui constituent l'os coxal : l'ilion, l'ischion et le pubis.
- ❖ **Le foramen obturé** par la membrane obturatrice qui laisse passer le pédicule obturateur.

On remarque aussi que l'os coxal est divisé en **trois parties** sur le plan **embryologique**, qui fusionnent et se réunissent sur la surface articulaire de l'os coxal :

- **L'ilion** (=aile iliaque) : en **haut**, qui a la forme d'une aile de bateau,
- Le **pubis** : en **bas** et **en avant**, il possède une branche supérieure et une inférieure, qui se réunissent à la partie antérieure. Les pubis de chaque os coxal se rejoignent au niveau de la **symphyse pubienne**
- **L'ischion** : en **bas** et **en arrière**, c'est l'os sur lequel on s'assoit. Il possède une partie antérieure et une postérieure.

### ♥ VUE ENDOPELVIENNE ♥

#### Os coxal vue endo pelvienne



On voit la **ligne innominée** = **ligne arquée** qui rejoint le pubis en avant et délimite :

- La **fosse iliaque interne** = **surface abdomino-pelvienne**, au-dessus de la ligne innominée,
- Le **petit bassin** = la **cavité pelvienne** au-dessous de la ligne innominée. C'est dans cette cavité que se trouve **les organes du petit bassin** = génitaux, la vessie, le rectum.

Enfin, la partie en profondeur du cotyle = le fond du cotyle, s'appelle la **surface quadrilatère** (=en regard de l'articulation coxo-fémorale).

## 2. LA GUISSSE : LE FÉMUR

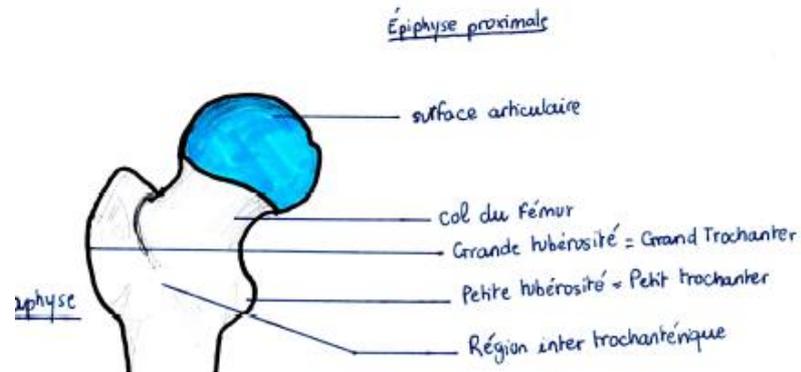
Le fémur est l'**unique** os de la cuisse. C'est le **plus long** os du corps humain. +++  
Il est un os long, donc composé d'une épiphyse, métaphyse et diaphyse !

### a) L'épiphyse proximale

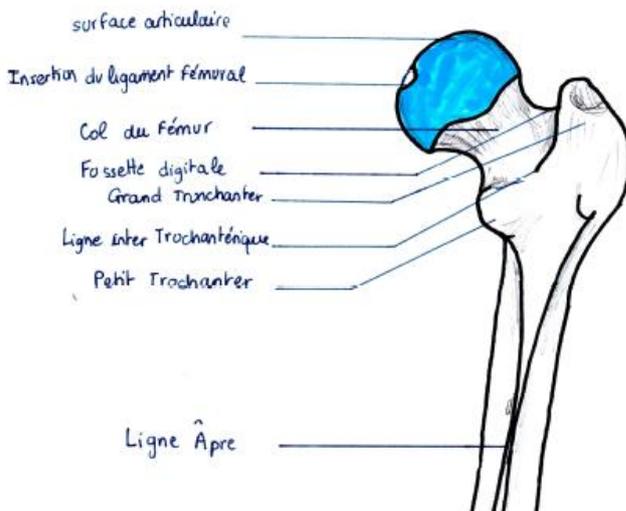
L'épiphyse proximale présente une surface articulaire qui forme les **2/3 d'une sphère**. +++ (ATTENTION ce n'est pas 1/3 comme pour l'humérus !)

SA proximale regarde en **haut** en **dedans** et en **avant**. +++

- Le **col** est une zone de **rétrécissement** et surtout une zone de **faiblesse** ++
- ✳ **40%** des **fractures** concernent le **col** → **fractures cervicales vraies**,
- ✳ **60%** des **fractures** concernent la **région inter-trochantérique**.



- (Sous le col, on retrouve 2 **TROCHANTER** : le **grand** trochanter et le **petit** trochanter)
- Entre les deux trochanters, on a la **région intertrochantérique** (qui peut être le lieu de fractures).



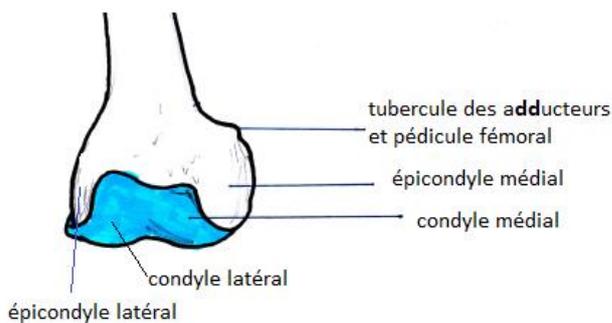
Sur une vue postérieure, on voit

- L'insertion du **ligament fémorale** (zone non cartilagineuse),
- Le col du fémur
- Le **petit trochanter** est bien visible → il est postérieur. On voit la face supérieure et latérale du **grand trochanter**, ainsi que la **ligne inter-trochantérique** qui est **bien plus visible en postérieur**.

### b) Diaphyse :

On voit en postérieur la zone d'**insertion** des **muscles** de la **cuisse** : la **ligne âpre**. +++

### c) L'épiphyse distale :

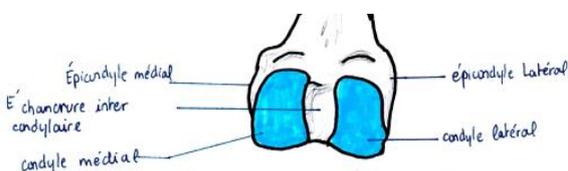


En avant, on retrouve :

- **2 condyles fémoraux (médial et latéral)** qui se réunissent en avant pour s'articuler avec la **patella ou rotule**.

- Des épicondyles latéral et médial.

- Le **tubercule des adducteurs** est caractéristique : il est le lieu de passage du **pédicule fémoral** (sur partie antérieure du fémur, il devient à cet endroit postérieur au genou : le pédicule poplité +++).

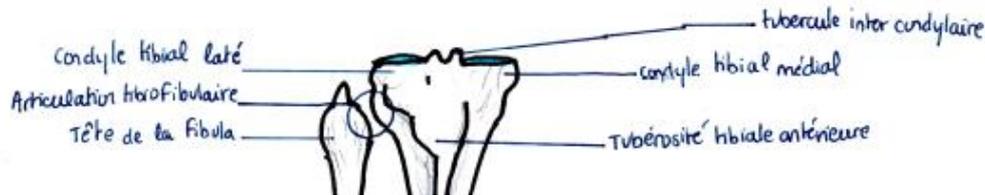


En arrière, on voit les reliefs des condyles fémoraux et une **échancrure entre les 2 SA** : l'**échancrure inter-condyloaire** qui donne lieu à l'**insertion des ligaments croisés**.

### 3. LA JAMBE : FIBULA ET TIBIA

Le squelette jambier est composé de 2 os : le **tibia**, **massif**, dans **l'axe de la jambe**, et la **fibula**. La fibula n'a **pas** d'intérêt fondamental pour la station érigée, hormis son utilisation pour prélever des substances osseuses.

#### a) Extrémité supérieure :



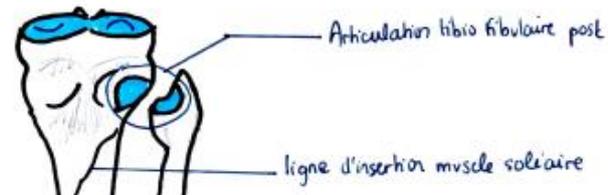
- En *avant*, la face supérieure du tibia présente **2 condyles tibiaux**, latéral et médial. Ces surfaces s'articulent avec les condyles du fémur. Le condyle médial du tibia s'articule avec le condyle fémoral médial et le condyle latéral du tibia s'articule avec le condyle fémoral latéral.

#### ! ATTENTION !

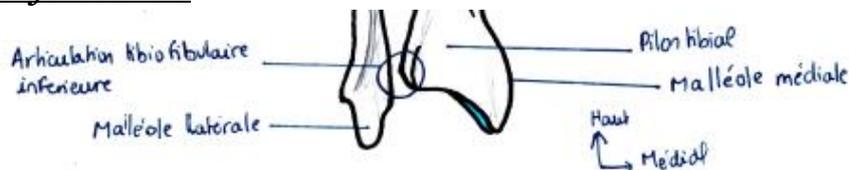
Le condyle tibial **latéral** est **CONVEXE**. ≠ Le condyle tibiale **médial** est **CONCAVE**.

MEMO : convEXe latéral → on met les ex de coté, en latéral.

- On trouve entre les condyles, **les tubercules inter-condyloaires** médial et latéral +++.
  - La **tubérosité tibiale antérieure** (TTA) est le lieu d'insertion du **ligament rotulien**.
- En *arrière*, on retrouve uniquement la **SA tibio-fibulaire supérieure** et une **ligne d'insertion pour le muscle soléaire**.
- ⇒ En dessous des condyles, s'insère la **tête de la fibula** par une **articulation tibio-fibulaire supérieure** (qui est synoviale plane).
- ! Cette articulation est **postérieure** par rapport au tibia +++ et ~~non pas latérale~~ !



#### b) Extrémité inférieure :



L'extrémité inférieure du tibia donne lieu à l'**articulation tibio-fibulaire inférieure** (**fibreuse** : **syndesmose**, donc **PAS** de SA !!!!) qui participe à l'articulation de la cheville.

On retrouve la malléole **latérale** en regard de la **fibula** ; Le **pilon tibial**, la malléole **médiale** en regard du **tibia**.

⇒ Le tibia et la fibula s'articulent :

- En haut par une articulation tibio-fibulaire **proximale synoviale plane**,
- En bas par une articulation **fibreuse** : la **syndesmose tibio-fibulaire inférieure**.

La mobilité entre les 2 os est réduite par une **membrane interosseuse** qui les relie sur toute leur longueur.

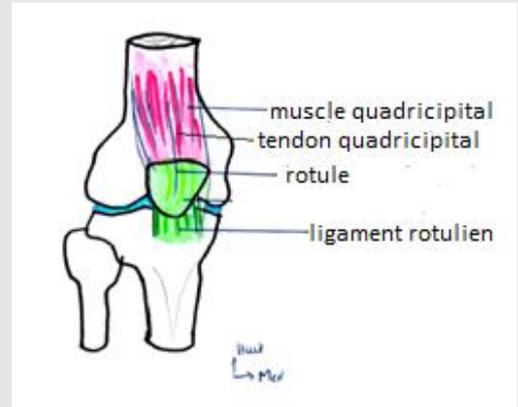
## L'APPAREIL EXTENSEUR DU GENOU :

La **rotule** est un **os sésamoïde constant**, situé au niveau de la trochlée fémorale, entre le **fémur** en arrière et le **muscle quadricipital** au-dessus. +++

(ATTENTION elle n'est pas entre le fémur et le tibia mais bien QUE sur le fémur !)

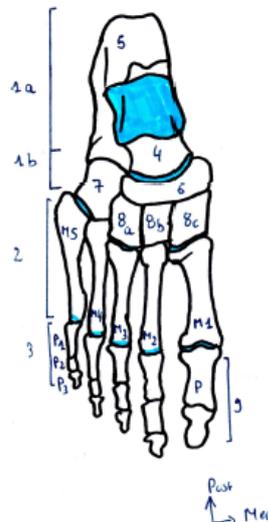
Les **4 chefs du quadriceps** se réunissent en un **tendon quadricipital** sur le bord **supérieur** de la rotule, qui va se prolonger en **ligament rotulien** qui s'insère sur la **tubérosité tibiale antérieure (TTA)**.

Cet appareil permet en cas de contraction du quadriceps, d'allonger la jambe, et d'avoir l'axe de la cuisse et du tibia alignée = pour tenir debout.



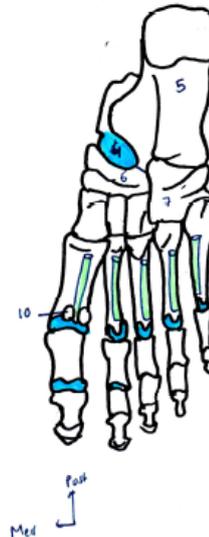
## LE PIED : TARSE + MÉTATARSE + PHALANGES

Os du pied droit (vue de face)



- 1: Tarse, a: post ; b: ant
- 2: Métatarse
- 3: Orteils / phalanges
- 4: Talus (astragale)
- 5: Calcaneus
- 6: Naviculaire
- 7: Cuboïde
- 8: os cunéiformes  
a: latéral  
b: intermédiaire  
c: médial
- 9: Hallux
- P: Phalange
- 10: Os sésamoïdes
- 11: Tendon propre de l'hallux
- 12: Tendons flexisseurs communs des orteils

(vue postérieure)



### • Le Tarse :

➤ Le **tarse postérieur** = **talus** + **calcaneus** (talon), qui reçoit l'**axe jambier** par l'intermédiaire du tibia (médial) et de la fibula (latéral).

➤ Le **tarse antérieur** est composé de **5 os** : l'**os naviculaire**, l'**os cuboïde**, ainsi que **3 os cunéiformes** (latéral, intermédiaire, médial).

• **Le métatarse** : au nombre de **5**. En **postérieur**, sous le **1er métatarsien**, au niveau de l'articulation **métatarso-phalangienne**, il y a **2 os sésamoïdes constants**.

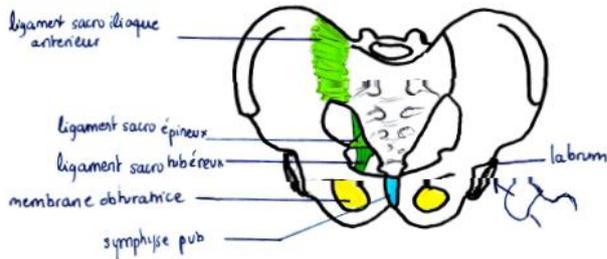
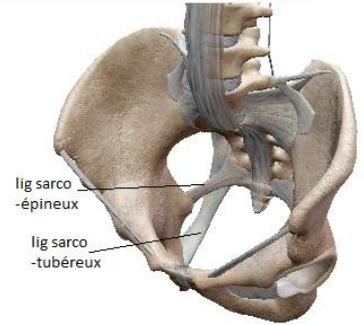
• **Les orteils = les phalanges**. On a **2 phalanges** pour l'orteil du premier axe = c'est l'**hallux**. Et **3 phalanges** (P1 P2 P3) pour les autres orteils.

# ARTICULATIONS DU MEMBRE INFÉRIEUR

## 1. L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE

On voit la face **exopelvienne** de l'os coxal avec les **ligaments** qui relie l'os coxal au **sacrum** :

- **Sacro-tubéreux** : en arrière et en bas
- **Sacro-épineux** : en avant



Ligaments du bassin

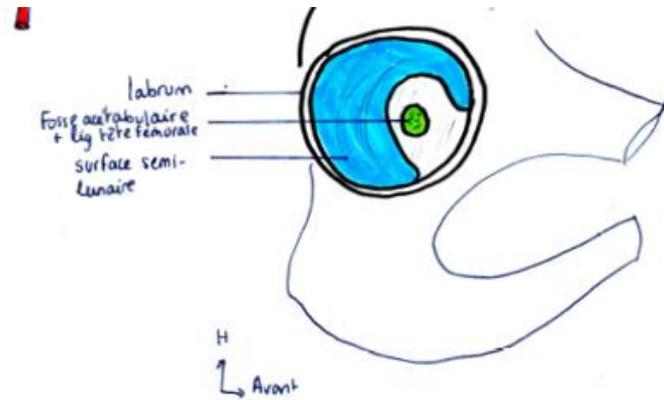
-L'articulation **sacro-iliaque** est **plane** et **peu mobile**.

Elle est maintenue par les **ligaments sacro-iliaques antérieurs**.

-La **symphyse pubienne** est une articulation **fibro-cartilagineuse**, très **peu mobile** non plus.

L'articulation coxo-fémorale est un **sphéroïde** extrêmement mobile avec **3 ddl** (elle bouge dans les trois plans de l'espace).

- Elle est plus **congruente** et **stable** que l'épaule, et on y trouve également un **labrum** (fibrocartilage) qui augmente d'avantage la congruence entre la tête fémorale (**2/3** de sphère pleine) et la cavité cotyloïdienne (sphère creuse).
- ☛ En effet, la **luxation** de la hanche est **très rare** = il y a une grande congruence, des masses musculaires et gros ligaments qui stabilisent l'articulation.
- **La capsule** renferme l'articulation va jusqu'à la **base du col fémoral**.
- ☛ Toutes les **fractures du col fémoral** seront **intra-capsulaires**, alors que les **fractures per-trochantériennes** sont **extra-capsulaires**. +++ => ces fractures sont fréquentes !
- Des **ligaments** renforcent la capsule qui est un **élément solide** : les **ligaments coxaux fémoraux, ilio-fémoraux, ischio-fémoraux...**
- ☛ Le **ligament de la tête fémorale** contient une grande partie des **pédicules qui vascularisent la tête fémorale**. En cas de **luxation** (rare), on aura un risque de **nécrose de la tête fémorale**.
- ☛ **L'arthrose** est très **courante** car le poids s'applique sur l'articulation, le cartilage s'use *comme des plaquettes de frein*. On parle de **coxarthrose**.
- ☛ **Fractures de la diaphyse** → **impotence** fonctionnelle totale.



## 2. L'ARTICULATION DU GENOU

On trouve **3 articulations** : **fémoro-tibiale latérale**, **fémoro-tibiale médiale** et **fémoro-patellaire**.

→ L'articulation **fémoro-patellaire** est un **ginglyme/trochlée** (1ddl).

→ L'articulation **fémoro-tibiale** est **ellipsoïde bi-condyloïde** (2ddl).

Le fémur est beaucoup **plus arrondi** que le tibia : il y a donc une **incongruence**. +++

Ici, ce sont les **ménisques** qui vont augmenter la congruence (~~pas un labrum ici~~) et remédier à ça.

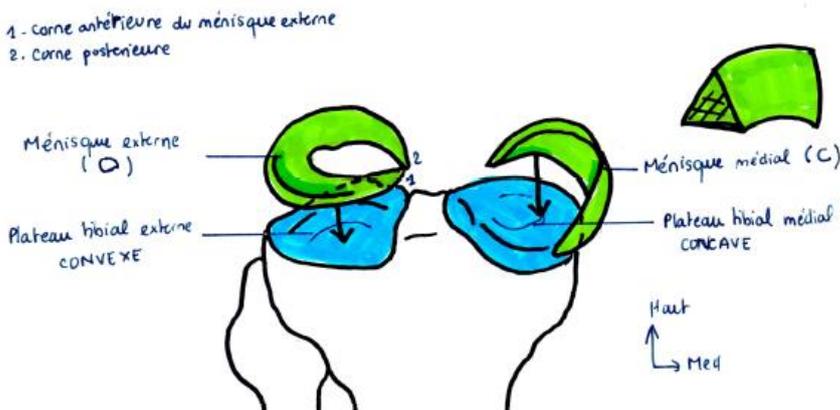
### A) Les ménisques :

Les ménisques sont des **fibro-cartilages d'interface** en forme de **demi-lune** triangulaire à la coupe. Ils s'insèrent :

- Sur les **surfaces tibiales** au niveau de ses faces supérieur (fémur) et inférieur (surfaces tibiales), il y est recouvert de **cartilage** = **NON vascularisé** → zone blanche.
- Sur la **capsule** en **périphérie**/sur sa face latérale, donc ces parties sont **NON-cartilagineuses** = **vascularisé** par une **vascularisation périphérique** → zone rouge.

Les **cornes** sont les extrémités en avant et en arrière des **ménisques**.

Plateaux tibiaux et ménisques D



Le ménisque **latéral** a une forme de **O** +++

Le ménisque **médial** a une forme de **C** +++

### B) Les ligaments :

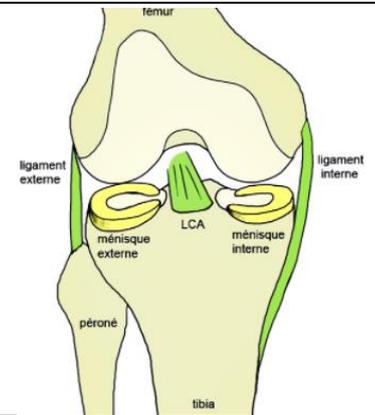
<b>LIGAMENTS CENTRAUX</b>	
	<p>Ils sont chacun composé de <b>deux faisceaux</b>. Peu importe par où on regarde, les ligaments <b>sont croisés sur l'axe central</b>. Leur <u>direction</u> correspond à leur niveau de <u>stabilité</u>. Ils sont <b>visibles</b> seulement en <b>flexion</b>. Ils ont pour rôle de retenir le fémur par rapport au tibia, ou le tibia par rapport au fémur.</p> <p style="background-color: yellow;"><b>Les ligaments croisés sont <u>intra-capsulaires/articulaire</u>, mais <u>extra-synoviaux</u> +++++</b></p>
<p><b>Ligament croisé antérieur (LCA)</b></p>	<p>De la surface <b>intercondyloire antérieure</b> du tibia → La face <b>médiale</b> du <b>condyle latéral</b> du fémur. Inséré en avant du tibia, <u>il l'empêche d'aller en avant</u> du fémur.</p>
<p><b>Ligament croisé postérieur (LCP)</b></p>	<p>De la surface <b>intercondyloire postérieure</b> → en avant sur la partie <b>latérale</b> du <b>condyle médial</b> fémoral. Inséré en arrière du tibia, <u>il l'empêche d'aller en arrière</u> du fémur</p>

Ils sont très **mobiles** et très **stables**.

En **extension complète**, le **quadriceps** plaque la patella (=rotule) contre le fémur et maintient le genou droit : c'est une **position stable**.

En **flexion**, les ligaments croisés se **détendent** : position **instable**.

Les ligaments croisés sont croisés entre eux, mais aussi avec les éléments latéraux, les ligaments collatéraux fémoro-tibiaux. -->



## LIGAMENTS COLLATÉRAUX

**Ligament collatéral latéral/externe/fibulaire**

Il est court, s'insère du fémur à la tête fibulaire.

**Ligament collatéral médial/interne/tibial**

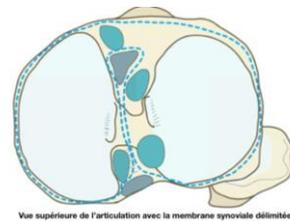
Il est plus long, s'insère du fémur au condyle médial du tibia.

Ces 2 ligaments collatéraux sont **croisés entre eux**, mais également **croisés** par rapport aux **2 ligaments du pivot central** = **les 2 ligaments croisés**.

⚡ La **section des ligaments croisés** entraîne une **perte du point fixe entre le fémur et le tibia**.

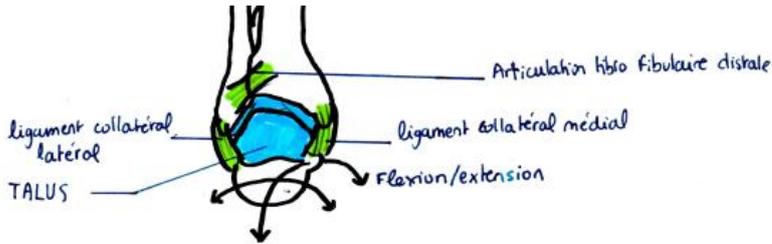
### C) La capsule :

L'articulation du genou est une articulation synoviale, avec une **cavité synoviale** dont la **capsule** est adhérente. La capsule articulaire est située au plus près du cartilage, juste en dessous des éléments ligamentaires.



- La capsule est **renforcée** et plus visible **en postérieure**, par de **ligaments postérieurs** qui renforcent la stabilité en extension du genou.
- ⚡ En position normale le genou ne peut **pas** dépasser l'alignement avec l'axe du fémur sinon c'est un **genou recurvatum** ou un **arrachement de la capsule postérieure**, ce qui crée de l'instabilité et qu'il faut réparer.
- La partie *antérieure* la capsule est relativement **lâche**, elle est **fine** au niveau des **ligaments collatéraux médial et latéral**.
- ⚡ **L'arthrose** existe aussi au niveau du genou, l'usure et le poids et le travail amène de l'usure du cartilage, on parle de **gonarthrose**. L'usure peut être fémoro-tibial interne, externe ou fémoro-patellaire (les 3 compartiments peuvent donc être touchés).
- ⇒ Cela peut nécessiter un **remplacement prothétique** par une prothèse dite **tri compartimentale**.
- ⚡ La **fracture** peut toucher les 3 os.  
Une **fracture de la patella** = **une rupture de l'appareil extenseur** → obligé d'opérer, sinon il n'y aura plus d'extension active du genou et donc on ne pourra plus marcher.
- ⚡ Quand il y **déchirure ligamentaire** c'est une **entorse grave** et qu'il faut bilancer car le risque principal dans la luxation du genou c'est la **déchirure du pédicule poplité du genou** avec une **ischémie** → un **risque d'amputation de la jambe**. +++

### 3. ARTICULATIONS DE LA CHEVILLE



La cheville est l'articulation entre **3 os**.

On trouve :

- **L'articulation tibio-fibulaire**,
- **L'articulation tibio-talienne**, celle entre le tibia, la fibula, et le talus,

La cheville tenue par beaucoup de **tendons** responsables de sa **stabilité** ET de sa **congruence articulaire**.

Le **talus**/astragale a s'articule avec :

- La face inférieure et médiane du **tibia** par son **dôme astragalien** (*c'est articulation de la cheville au sens propre*).
- La face médiale de la **fibula**.

Le mouvement principal de la cheville c'est la **flexion/extension** car c'est une **ginglyme=trochléenne (1ddl)**. On a des **ligaments latéraux** (**collatéral médial, collatéral latéral**).

Les mouvements doivent être modérés vers l'avant ou sur les côtés et on a pour cela une **capsule** et **des ligaments de renforcement**.

#### ATTENTION

La fibula **NE TOURNE PAS** autour du tibia : l'axe de la jambe c'est le tibia, le poids passe donc par le tibia.

La fibula aide par un certain degré de mobilité à augmenter la **souplesse** de la cheville

☛ Les **fractures** des **malléoles** externe ou interne.

☛ **L'entorse** de la cheville est très fréquente. Si la cheville se met en **varus** et en **équin**, il y a une déchirure et un hématome visible au niveau de la **malléole externe**. La douleur est reproduite à la *palpation de l'espace fibulo-calcanéen*.

☛ Les **luxations** de la cheville sont très fréquemment associées à une **fracture**.

**L'axe de la jambe** se continue normalement par le **dôme astragalien** qui doit être **exactement sous le tibia**. On **perd** cet axe en cas de **luxation**.

☛ Une fracture qui touche la malléole **externe, l'interne**, et la malléole **postérieure**, il y a luxation : on parle de **fracture-luxation tri-malléolaire**.

# RÉGIONS DU MEMBRE INFÉRIEUR

## 1. ANATOMIE DE SURFACE

### A) RACINE DU MEMBRE INFÉRIEUR :

En vue *antérieure* :

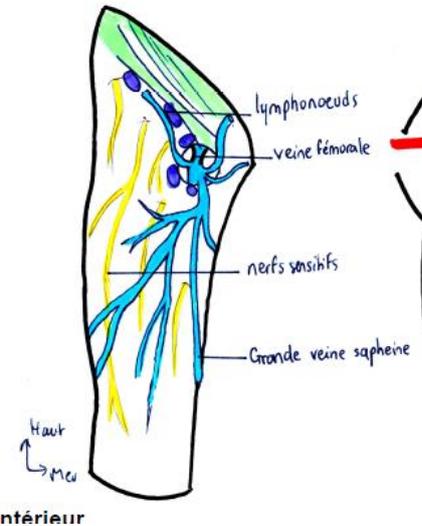
Elle est dominée par un réseau **veineux** qui se draine dans **la grande veine saphène (GS)**.

La GS prend naissance **en avant de la malléole interne** et monte jusqu'à la face **antérieure et médiale de la racine de la cuisse**/au pli de l'aîne.

Elle traverse une **lame criblée du fascia** pour atteindre **la veine fémorale** au niveau du réseau profond et draine une très grande partie du membre inférieur.

⚠ Elle peut faire l'objet de **varices**. Les chirurgiens ont donc l'habitude de **ligaturer cette veine** pour **éviter le retour veineux** de la **veine fémorale profonde** jusqu'à la **veine grande saphène dite superficielle**.

⚠ On a des **lymphonoëuds** qui peuvent augmenter de volume et donner des **adénopathies** qui sont **palpables**, notamment au niveau du **pli de l'aîne** sera un des éléments à examiner dans la recherche des pathologies lymphoïdes ou infectieuses du membre inférieur ou du périnée.

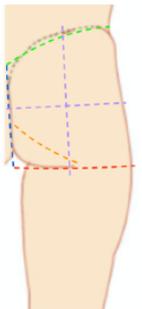


En vue *postérieure* :

On divise la **région glutéale** en **4 cadrans** : supéro-externe, supéro-interne, inféro-externe et inféro-interne.

Le **nerf sciatique** se trouve dans le **cadran inféro-interne**. +++

⚠ On comprend pourquoi la seule zone qui ne présente **pas de danger** pour les **injections intramusculaires** c'est le **quart supérieur et externe** +++.

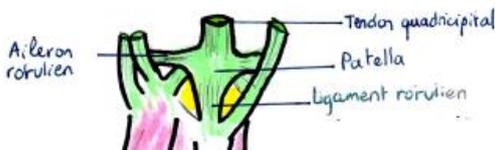


### B) LE GENOU ET LA JAMBE :

En vue *antérieure* :

Sur les côtés de la patella, on trouve **des ailerons rotuliens** (**stabilité++**).

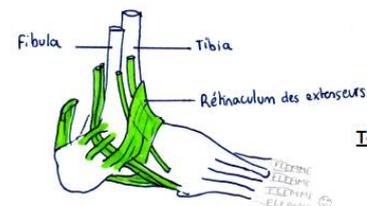
Le genou est palpable et sous-cutané : la **patella**, le **fémur** et le **tibia** sont palpables.



### C) LE PIED

En vue *antérieure/dorsale* :

On peut palper la **malléole externe** et **interne**, le reste est occupé par le **rétinaculum des extenseurs** qui laisse passer l'ensemble des **tendons** extenseurs des orteils et du pied, c'est la **zone de poulie** qui permet de relever le pied (= permet la flexion dorsale ou extension).



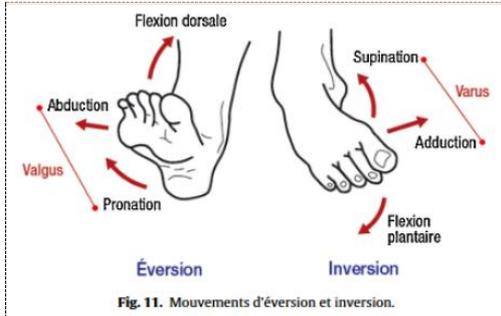


Fig. 11. Mouvements d'éversion et inversion.

**ATTENTION**

La flexion **dorsale** ≠ la flexion **plantaire** !  
Le retinaculum des **EXTENSEURS** ne peut faire que la flexion **DORSALE**/extention !



## 2. EN PROFONDEUR

### A) RACINE DU MEMBRE INFÉRIEUR :

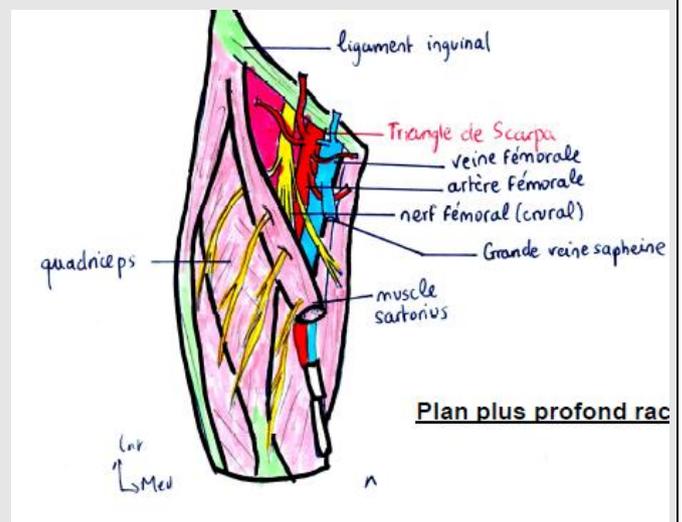
C'est **le triangle de Scarpa = trigone fémoral**, +++

Il est délimité :

- En *médial* par les **muscles pectinés, le muscle adducteur, gracile interne**,
- La *base* du triangle est **proximale**, c'est le **ligament inguinal**,
- En *latéral*, c'est le **muscle sartorius/couturier** (de l'épine iliaque antérieure → face interne du tibia).  
Il sépare **2** régions : les éléments **latéraux** (quadriceps) des éléments **médiaux** (les vaisseaux fémoraux).

C'est une région importante où on y retrouve **3** éléments principaux du pédicule vasculo-nerveux du membre inférieur :

- **Latéralement** : le **nerf fémoral** (= nerf crural) : il innerve sur le plan moteur l'ensemble des chefs du muscle **quadriceps**. Il se termine en **4** branches.
- **Au milieu** : l'**artère fémorale**.
- **Médialement** : la **veine fémorale profonde** (qui reçoit la grande veine saphène au niveau d'une crosse)



- ☛ Si on a besoin d'endormir le membre inférieur *lors d'une fracture douloureuse*, le **SAMU** réalise une **anesthésie** du **nerf fémoral**. Pour le trouver, il faut trouver le **pouls fémoral** → on a en dehors le nerf fémoral, et en dedans la veine fémorale.
- ☛ En dedans, la **veine** fémorale est utilisée par les **anesthésistes-réanimateurs** quand ils veulent remplir avec une perfusion un patient, ils injectent directement à ce niveau.
- ☛ Si on veut connaître la pression artérielle, cela se fait par **cathétérisme** en remontant vers les artères du cœur à partir d'une ponction au niveau de l'**artère fémorale**, utilisé par les **radiologues conventionnels**.

### RECAP POUR COMPRENDRE SI T'AS PAS CAPITO :

- **L'artère fémorale** provient de l'**artère iliaque externe** → elle se divise en fémorale **profonde** et fémorale **superficielle**.

C'est l'**artère fémorale superficielle** qui donnera l'**artère poplitée**.

La **fémorale profonde** rejoint le **genou** pour aller alimenter le reste du membre inférieur.

- Le plan **nerveux**, est :
  - **Antérieur** avec le **nerf fémoral** qui termine à la **face antérieure de la cuisse** pour innerver le quadriceps et permettre l'extension du genou.
  - **Postérieur** avec le **nerf sciatique** = nerf principal du membre inférieur.

En **postérieur** :

Les 3 **muscles fessiers** recouvrent l'ensemble de la fesse.

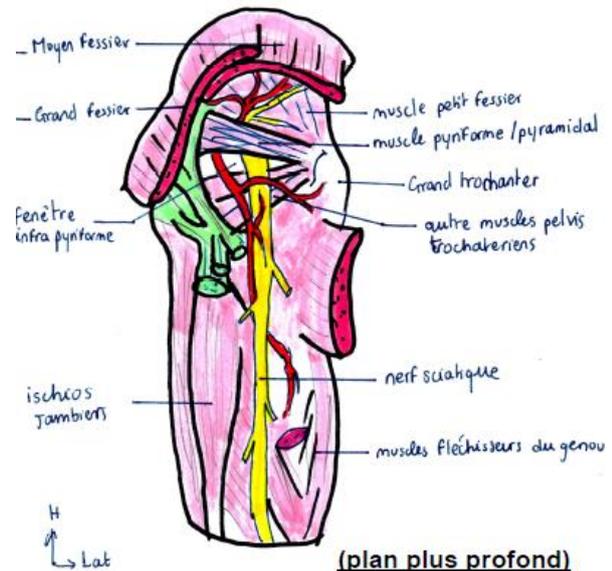
Si on les soulève on retrouve les **muscles pelvi-trochantériens** qui s'insèrent à la fois sur le **pelvis** et sur le **grand trochanter**.

Le plus important est le **muscle piriforme = pyramidal**.

C'est en dessous du piriforme que sort le **nerf sciatique**, issu de la réunion des nerfs **L5 et S1**.

Il traverse la **grande échancrure ischiatique** et passe **en avant** du muscle pyriforme, puis, il sort dans **l'espace/fenêtre infra-pyramidal**.

Il passe ensuite **en arrière de tous les muscles pelvi-trochantériens**, puis dans une gouttière trochantéro-ischiatique pour rejoindre la loge postérieure de la cuisse.



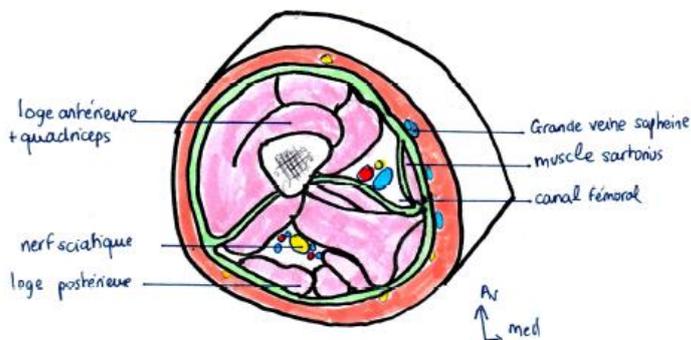
(plan plus profond)

### TRAJET DE L'ÉNORME NERF SCIATIQUE :

**L5+S1** → grande échancrure sciatique → **en avant** du m. pyriforme → **fenêtre infra-pyramidale** → **en arrière** de tous les muscles pelvis-trochantériens → gouttière trochantéro-ischiatique → loge postérieure de la cuisse.

En coupe : il y a 2 loges musculaires :

- La loge **antérieure** est dominée par le **muscle quadriceps**, le **pédicule fémoral** et le **muscle sartorius** qui protège le **canal fémoral**.
- La loge **postérieure** contient le **nerf sciatique**, des petits vaisseaux associés, et les **ischio-jambiers médialement** et les **muscles fléchisseurs** du genou **latéralement**.



Coupe de la racine de la cuisse droit

## B) LE GENOU ET LA JAMBE

En antérieur :

On trouve un **cercle vasculaire** qui est **riche** au niveau du genou mais qui **ne fait pas partie** pédicule principal (fémoral → poplitée) ++  
Ce cercle artériel représente une anastomose entre le territoire vasculaire **profond** et **superficiel**.

☛ Une **sténose** de l'artère fémorale superficielle va être compensée par le territoire profond.

On peut observer l'**artère tibiale antérieure** (à côté du **nerf fibulaire profond**) qui donnera l'**artère pédieuse** au niveau du pied (**zone de palpation du pouls**).

En postérieure :

Le pédicule antérieur de l'aîne se retrouve **vulnérable**, c'est donc un lieu de **chirurgie**, et une zone dangereuse en cas de plaies.

**De dehors en dedans, on a le nerf, la veine et l'artère.**

(Ce n'est pas le même ordre que dans l'aîne car c'est le **nerf sciatique** et non fémoral qui fait partie du pédicule !)

Au niveau nerveux, on a à la partie postérieure du genou le **nerf sciatique** qui se divise en 2 : le **nerf fibulaire commun** et le **nerf tibial**.

→ Le **nerf fibulaire commun** se **sépare** en **nerf fibulaire superficiel** et **profond**.

→ Le **nerf tibial** se sépare **pas** ! (Contrairement à l'artère tibiale +++).

On a le volumineux muscle du **triceps sural** qui comprend le **muscle soléaire en profondeur** et les **2 muscles gastrocnémiens en superficie**. (On peut les palper.)

On a l'arrivée de la **veine saphène externe** (= **petite veine saphène** = PVS) qui part de la partie **latérale** de la jambe, remonte le long de la face **postérieure** et **rejoint la veine poplitée**.

☛ La PS peut aussi faire l'objet de **varices** et donc de **ligature** chirurgicale.

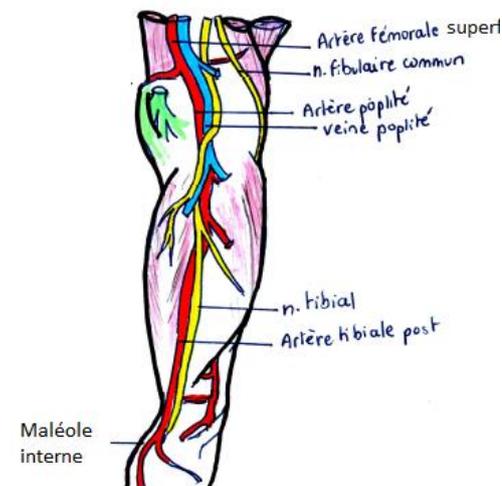
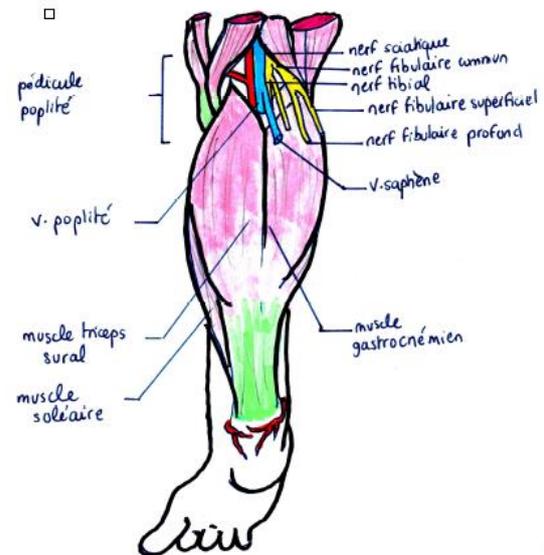
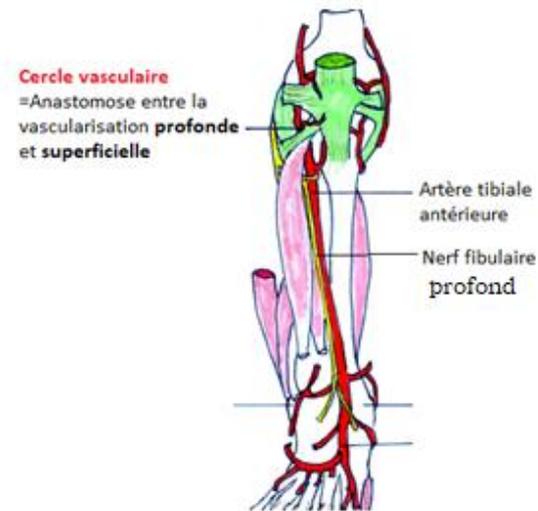
➤ En postérieur, Si on enlève le **triceps sural** :

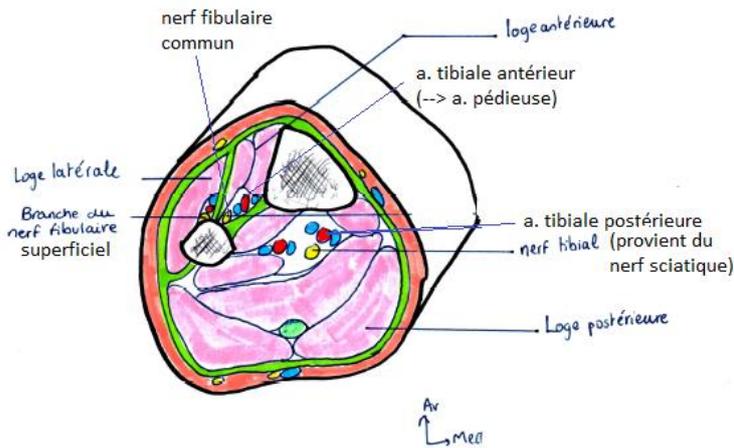
L'**artère fémorale superficielle** traverse le **hiatus des adducteurs** devient **artère poplitée** (en postérieur), c'est l'élément le plus **profond** et **médial**.

Au niveau postérieur de la jambe, persiste l'**artère tibiale postérieure** et le **nerf tibial** qui rejoignent la face **postérieure** et **médiale** de la **malléole interne** (palpation de l'artère).

À côté, la **veine poplitée**, et la **division** déjà réalisée du **nerf sciatique** en **nerf tibial** et **nerf fibulaire commun**.

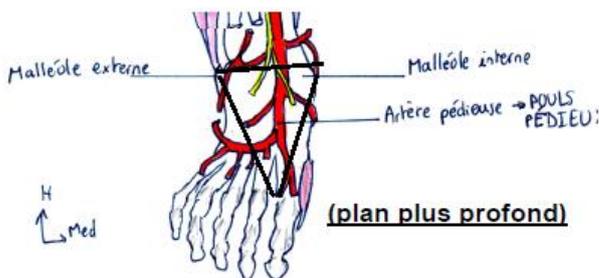
On trouve pour la **jambe, 3 loges** :





- La loge musculaire antérieure : l'**artère tibiale antérieure**.
- La loge musculaire latérale : on trouve les **muscles extenseurs des orteils et extenseurs du pied**. Quand on retire ces muscles, on trouve plus ou moins les **3 pédicules de la jambe**. Il y a aussi la branche du **nerf fibulaire commun**.
- La **grande** loge postérieure : où persiste l'**artère tibiale postérieure**, et le **nerf tibial**.

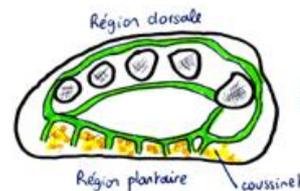
## C) LE PIED



On peut tracer un **triangle** : entre les **2 malléoles** et un point à la **face dorsale entre le 1er et le 2ème axe du pied** pour palper le **pouls pédieux**.

☛ Celui-ci est important à palper dans les **artériopathies du membre inférieur**.

On sépare au niveau du pied la région dorsale en haut et la région plantaire en bas. La particularité par rapport à la main c'est qu'on a des **petits coussinets**, la **plante du pied est très épaisse** et doit permettre l'amortissement au sol.



En postérieur, il y a des **tendons** qui terminent les **muscles fléchisseurs** des orteils (par exemple : tendon propre de l'hallux ou le tendon commun des autres orteils).

On a **4 zones** de palpation du **pouls** au niveau du membre inférieur :

- 1) L'aine,
- 2) La région postérieure poplitée,
- 3) Le pied,
- 4) En arrière de la malléole interne.

## - FINITO PIPO -

Je sais que les membres la première fois qu'on le voit ce cours on dirait une autre langue, mais tkt à force de le voir ça va rentrer !

Pour réviser les membre (et l'anat en général), il faut que tu dessines, que tu visualises bien pour tout comprendre, c'est très complet, et à chaque fois que tu réviseras les membres tu apprendras toujours un truc que tu n'avais pas vu, tu ne t'en lasses jamais 😊

Persévère, tu en es capable, n'oublie pas que ton cerveau est ton meilleur ami, prend y soin.

**Gros bisous de l'Anatomie qui t'aime <3**