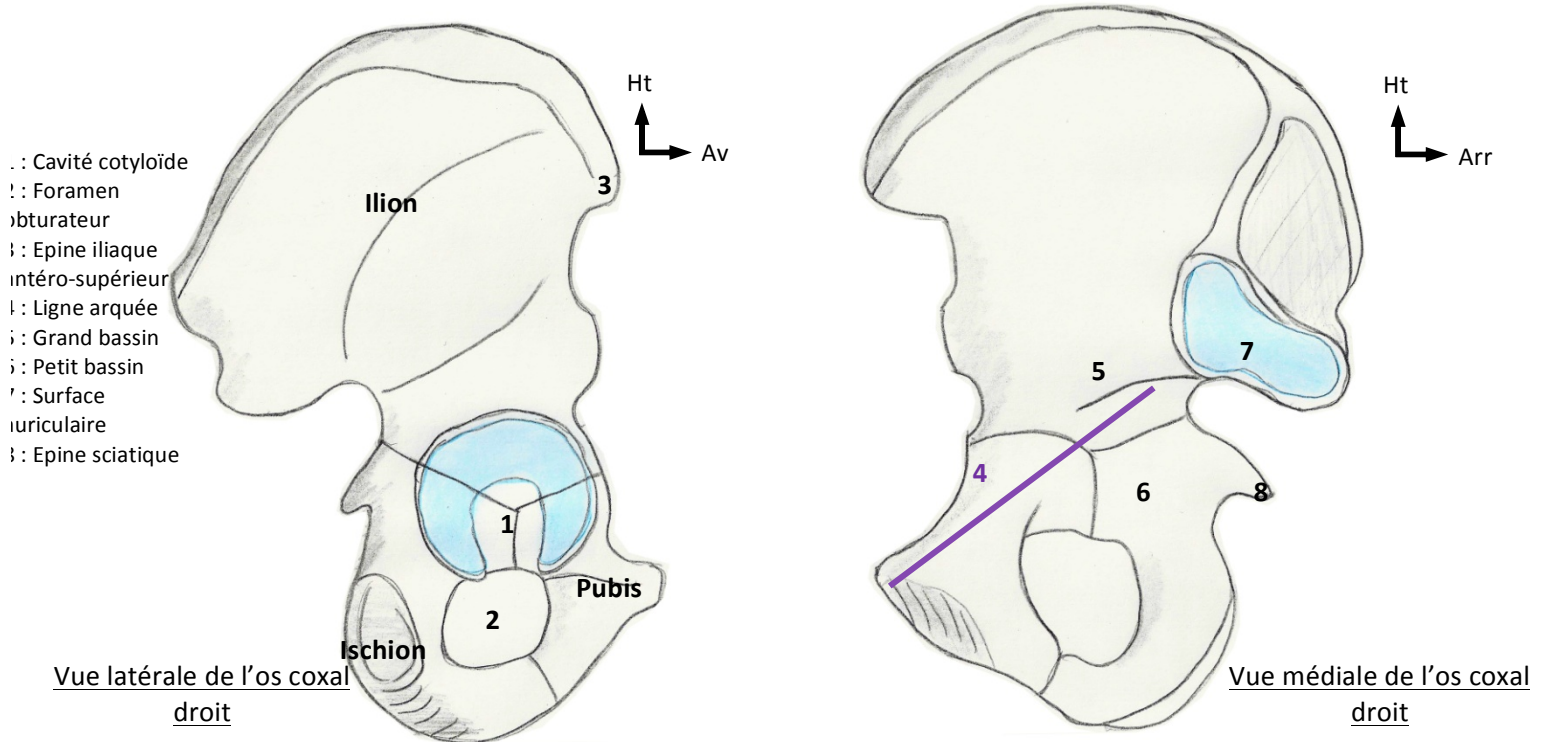


# OSTEOLOGIE DU MEMBRE INFÉRIEUR

Le squelette du membre inférieur comprend la ceinture pelvienne et les os des membres inférieurs

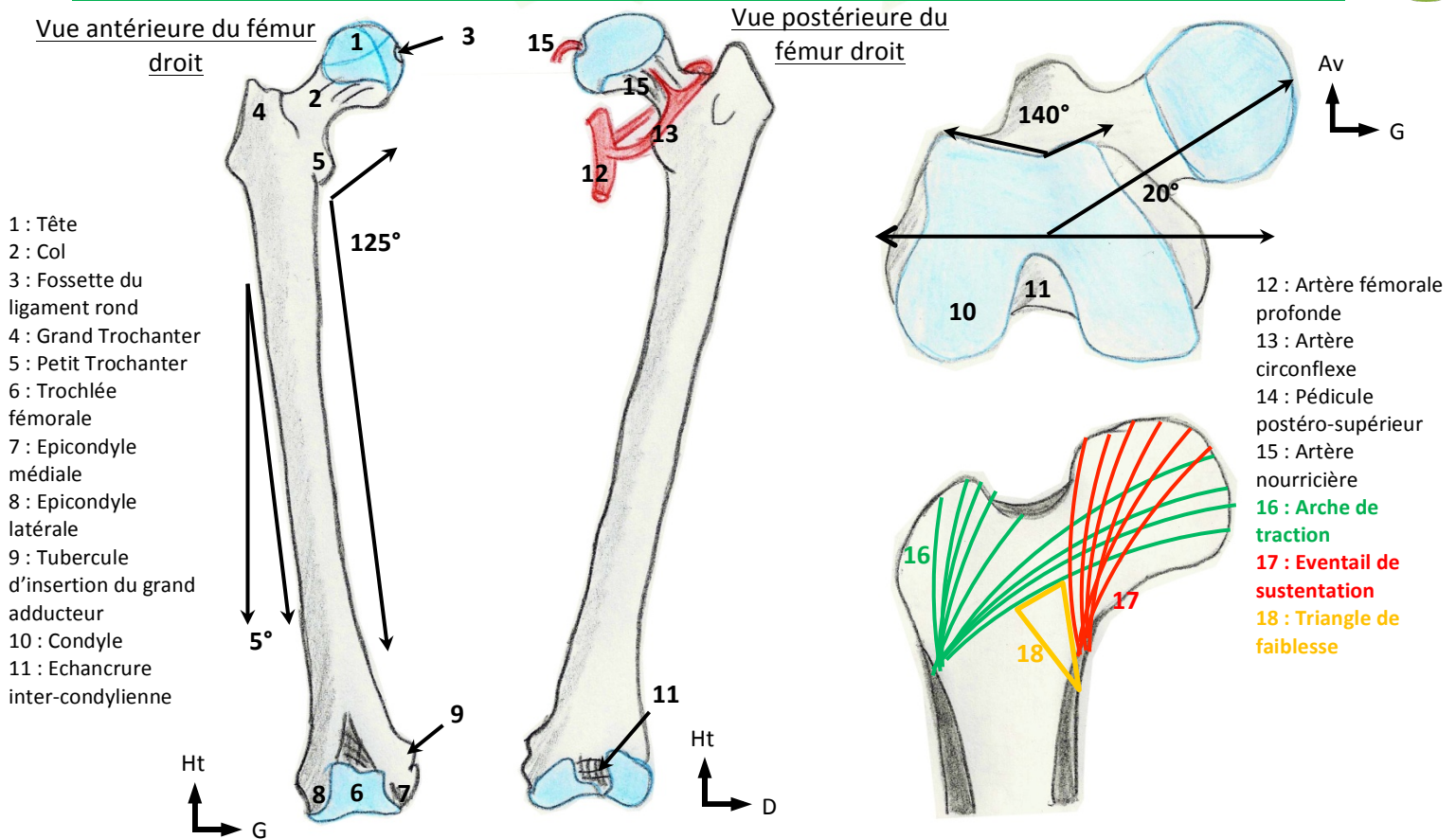
## I. Ceinture Pelvienne

- La **ceinture pelvienne** est formée de 2 types d'os (sacrum et 2 os coxaux) et a une forme d'anneau, sur lequel est branché le squelette du membre inférieur et sur lequel repose le tronc par l'intermédiaire de la colonne vertébrale
- Les os coxaux sont réunis en avant par la symphyse pubienne, qui est une articulation cartilagineuse, c'est-à-dire 2 surfaces encroûtées de cartilage articulaire reliées par un fibrocartilage d'union qui s'insère sur ces 2 surfaces. (Normalement, cette symphyse est rigide. Il n'y a que chez la femme enceinte, où on peut avoir des mouvements millimétriques de coaptation, lors de l'accouchement)
- Les articulations sacro-iliaques sont synoviales, c'est-à-dire avec cavité articulaire, membrane et espace virtuel intra-articulaire



Os Coxal		
Vue Latérale	Vue Médiale	Rapports anatomiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Forme d'une hélice de bateau à 2 pales, avec un moyeu central</b> → pale supérieure (=aile iliaque) et pale inférieure (ischion + pubis) perforé par un foramen obturateur (=foramen obturé)</li> <li>• <b>Formé de la fusion de trois os :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ilion</b> ou aile iliaque en haut</li> <li>- <b>Pubis</b> en bas et en avant</li> <li>- <b>Ischion</b> en bas et en arrière</li> </ul> </li> <li>• <b>Cavité cotyloïde au centre</b>, demi-sphère, dont l'encroûtement cartilagineux a la forme d'un croissant → articulation avec le fémur</li> <li>• <b>Intérêt :</b> On s'assoit sur les ischions. Quand on a mal aux fesses par ce qu'on a été assis trop longtemps, on a mal aux ischions. Il existe des coussins anti-escarres en gélatiner pour les paraplégiques en fauteuil roulant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ligne arquée</b>, 45° avec l'horizontale, constituant la plus grande partie du détroit supérieur du bassin → au-dessus, le Grand bassin et en dessous, le petit bassin</li> <li>• <b>Intérêt :</b> <b>Par de détroit, l'enfant naît tête en bas dans 95% des cas et fesses en bas dans 4% des cas</b></li> <li>• Surface auriculaire, surface sacrée de l'os coxal, encroûté de cartilage → crânialement et postérieurement à la ligne arqué</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Clitoris</b> → en-dessous de la symphyse pubienne</li> <li>• <b>Vessie</b> → en regard du <b>foramen obturé</b></li> <li>• <b>Vagin</b> → en regard de l'ischion</li> <li>• <b>Col de l'Utérus</b> → Epine sciatique</li> <li>• <b>Rectum</b> → Forme de penseur de Rodin (homme assis), plicaturé sur lui-même pour augmenter sa continence et courbé sur le sacrum</li> </ul>

**II. Os de la Cuisse**

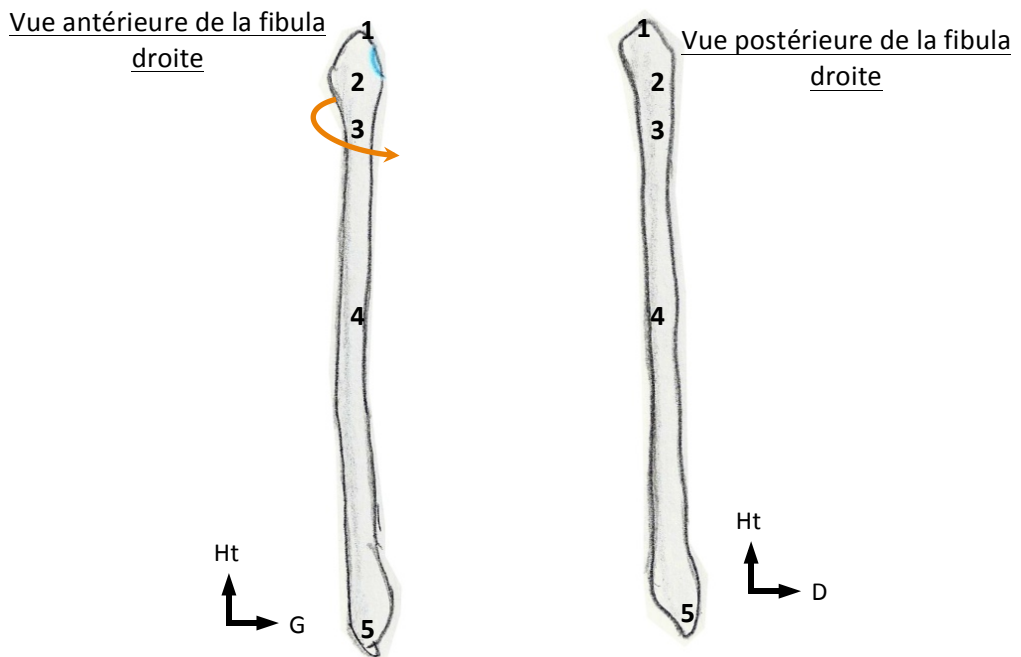


Fémur		
Description Générale	Vue antérieure	Vue postérieure
<ul style="list-style-type: none"> <li>Os long, pair et symétrique par rapport à la ligne médiane</li> <li>Concavité médiale et postérieure</li> <li>Diaphyse triangulaire à la coupe (<i>face antérieure, postéro-latérale e postéro-médiale</i>)</li> <li>2 angles antérieurs (=médial et latéral) et angle postérieur, bifide et résistant (=ligne âpre, elle bifurque en bas et trifurque en haut)</li> <li>Diaphyse dirigée vers le dedans de 5°</li> </ul>	<p><b>Extrémité supérieure :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Tête</b>, constituée des 2/3 ou des 3/4 d'une <b>sphère</b> de 47/48mm de diamètre, encroûtée de cartilage et regardant <b>vers le haut, l'avant et le dedans</b> →divisible en 4 cadrans : -2 cadrans <b>antérieurs et 2 postérieurs</b> -2 cadrans <b>supérieurs et 2 inférieurs</b></li> <li><b>Fossette du ligament rond</b>→partie non encroûtée de cartilage du cadran <b>inféro-postérieur</b> donnant l'insertion au ligament rond</li> <li><b>Col</b>=colonne aplatie, dirigé vers en haut, en avant et en dedans, présentant un <b>angle cervico-diaphysaire de 125°</b>, un <b>angle d'inclinaison avec la verticale de 130°</b> et un <b>angle d'antéversion d'environ 20°</b></li> <li>Coxa-valga (angle &gt; 135-140°)/ Coxa-vara (&lt;115°)</li> <li><b>Métaphyse en-dessous du col :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Grand trochanter</b>=saillie osseuse <b>postéro-latérale et très saillante</b>. Le sommet se projette au centre de la tête fémorale.</li> <li><b>Petit Trochanter</b>=saillie osseuse <b>postéro-médiale</b></li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Extrémité supérieure :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Gouttière inter-trochantérienne</b> entre les deux trochanters</li> <li>Grand trochanter extrêmement <b>déjeté en arrière</b></li> </ul> <p><b>Extrémité inférieure :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Surfaces articulaires tibiales du fémur, encroûtées de cartilage, en arrière de la trochlée</b>, déjetées en arrière et centrées sur les épicondyles correspondant → fragment d'ellipse</li> <li><b>Echancrure inter-condylienne</b> entre les deux condyles</li> <li><b>Epicondyle médiale</b>, au-dessus du condyle interne (aussi en vue ant)</li> <li><b>Epicondyle latérale</b>, au-dessus du condyle externe (aussi en vue ant)</li> <li><b>Tubercule d'insertion du grand adducteur ou tubercule du 3<sup>ème</sup> adducteur</b>, saillie osseuse au-dessus de l'épicondyle médiale</li> </ul>
	<p><b>S'articule avec</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Os coxaux</li> <li>Tibia</li> <li>Patella</li> </ul>	<p><b>Extrémité inférieure :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Trochlée fémorale</b>= rail creux ou poulie avec deux facettes, s'articulant avec la patella → les facettes forment la surface patellaire du fémur avec un angle de 140° : la facette latérale est la plus saillante</li> </ul>

Vascularisation	Contraintes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vascularisation très précaire de la tête du fémur</b> = par des rameaux issus de l'<b>artère fémorale profonde</b> → artères circonflexes qui entourent l'extrémité supérieure + un <b>pédicule postéro-supérieur nourricier prédominant</b> + petite artère nourricière, au niveau du ligament rond, qui représente que 10% de la vascularisation</li> <li>• <b>Intérêt : un traumatisme du pédicule postéro-supérieur risque d'entraîner une ostéonécrose aseptique de la tête fémorale</b> (maladie fréquente, vue essentiellement dans les fractures du col, et secondairement dans les <b>baro-traumatismes et la maladie des caissons</b> (par obstruction des artères par des bulles microscopiques, après remontée à la surface après la plongée). <b>D'autres causes sont métaboliques</b> (par obstruction par des gouttelettes de graisse), ou idiopathiques (cause inconnue)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Poids du corps s'appliquant à 160°</b> sur la tête du fémur</li> <li>• <b>2 structures</b> :                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Eventail de sustentation</b> sur le bord inférieur du col = <b>pression positive</b></li> <li>○ <b>Arche de traction</b> sur la face latérale de l'extrémité supérieure = <b>pression négative</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Triangle de faiblesse</b>, impliqué dans les fractures du col = entre les travées spongieuses du grand trochanter et les travées du reste du fémur → <b>les contraintes sont négatives en arrière et latéralement</b> → <b>les contraintes sont positives en avant et en dedans</b></li> <li>• Les contraintes, prenant la <b>forme d'ogives gothiques inversées</b>, se répartissent de façon équivalente entre les deux condyles (aussi positive en dehors qu'en dedans), aidé par le fascia lata, un énorme ligament, qui rétablit l'équilibre</li> <li>• <b>Ostéosynthèse</b> : matériel angulaire, avec une partie fichée dans l'épiphyse et une partie vissée dans la diaphyse → si <b>angle de 120/130° = compression</b> et si <b>angle de 95° = arrachement</b></li> </ul>

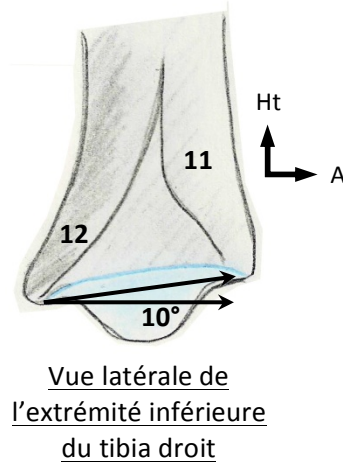
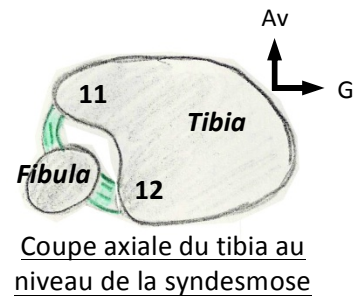
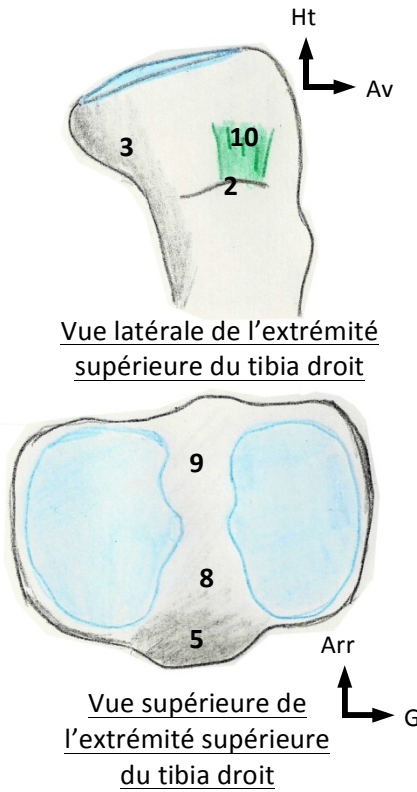
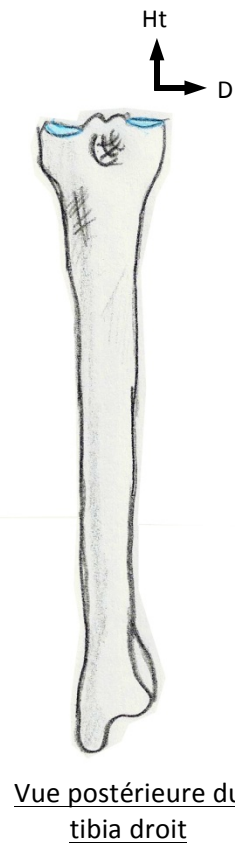
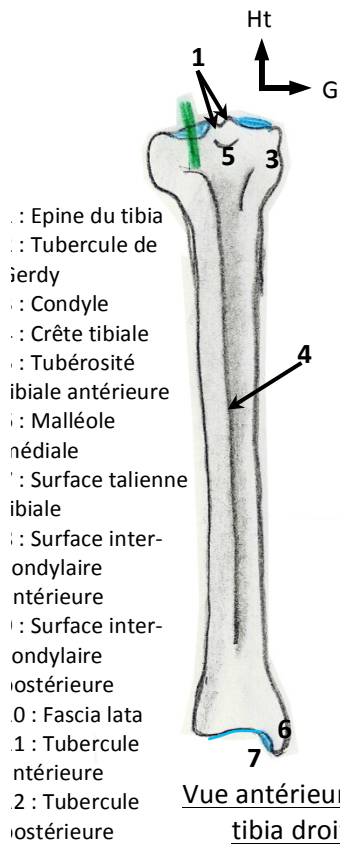
### III. Os de la jambe

Les deux os de la jambe sont en dehors la **fibula** (« aiguille » en latin), en dedans le **tibia** (« flûte » en latin)



- 1 : Processus styloïde
- 2 : Tête
- 3 : Col
- 4 : Diaphyse
- 5 : Malléole latérale

Fibula		
Description générale	Extrémité supérieure	Extrémité inférieure
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diaphyse triangulaire à la coupe avec 3 angles : interne, antérieur et postérieur</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tête</b>, avec encroûtement cartilagineux (=surface articulaire tibiale de la fibula) → <b>articulation synoviale</b></li> <li>• <b>Processus styloïde</b>, prolongement de la tête au-dessus. S'y insère le lig collatéral externe</li> <li>• <b>Col de la fibula</b> → <b>passé le nerf fibulaire commun</b> (=sciatique poplitée externe) : <b>une fracture du col donne une paralysie de ce nerf</b> (démarche avec le pied qui tombe → steppage)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lancéolée</b></li> <li>• <b>Forme d'un fer de lance</b></li> <li>• <b>Forme la malléole latérale de l'articulation talo-crurale</b></li> <li>• Présente une face latérale sous-cutanée et une face médiale encroûtée de cartilage</li> </ul>
<p style="text-align: center; margin: 0;"><b>S'articule avec</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tibia</li> <li>• Talus</li> </ul>		



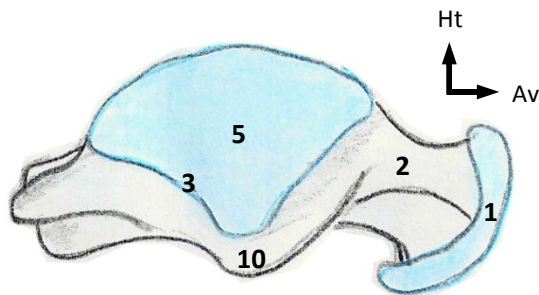
<b>Tibia</b>		
Description générale	Extrémité supérieure	Extrémité inférieure
<ul style="list-style-type: none"> <li>Os rectiligne</li> <li><b>Diaphyse triangulaire à la coupe (3 faces : postérieur, médial et latéral)</b></li> <li><b>Face médiale= sous-cutanée sur toute la hauteur du tibia → Intérêt : fracture ouvertes du tibia les plus fréquentes</b></li> <li><b>Crête tibiale= sous-cutanée sur toute la hauteur également → palpable et douloureuse</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Face supérieure= plane et quadrangulaire et surmonte les 2 condyles tibiaux (déjetés en arrière), avec 2 surfaces articulaires :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>surface fémorale latérale= forme de dos d'âne (=convexe vers le haut)</b></li> <li>→ <b>surface fémorale médiale= forme cupuliforme (légèrement concave vers le haut)</b></li> </ul> </li> <li><b>Aire intercondyloire, non encroûtée de cartilage, en forme de sablier → une aire antérieure et une aire postérieure</b> (le rétrécissement est dû à la saillie des tubercules)                     <ul style="list-style-type: none"> <li>↪ <b>Ménisque interne</b> : corne ant insérée en avant de l'aire intercondyloire ant/ corne post insérée en arrière de l'aire intercondyloire post</li> <li>↪ <b>Ménisque externe</b> : corne ant insérée dans la partie post de l'aire intercondyloire ant/ corne post insérée ds la partie ant de l'aire IC ant</li> <li>↪ <b>Lig croisé ant</b> : s'insère entre les 2 insertions ant des cornes méniscales (au niveau de l'aire IC ant)</li> <li>↪ <b>Lig croisé post</b> : s'insère ds la partie post de l'aire intercondyloire post</li> </ul> </li> <li><b>Tubérosité tibiale antérieure</b>, sur la face ant de la métaphyse → s'y insère le ligament patellaire</li> <li><b>Tubercule de Gerdy</b>, saillie de l'insertion du fascia lata, situé sur la face latérale du condyle latéral</li> <li><b>Face médiale du condyle médial → gouttière du tendon réfléchi du muscle semi-membraneux</b></li> <li>Sur une vue latérale, l'extrémité sup du tibia est déjetée en arrière</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Forme quadrangulaire</b> avec création d'une face supplémentaire antérieure (non encroûtée de cartilage):                     <ul style="list-style-type: none"> <li>↪ la face lat → ant</li> <li>↪ Crête tibiale → dedans</li> <li>↪ Le bord lat → trifurque</li> </ul> </li> <li><b>Encroûtée de cartilage, prolongée médialement par la malléole médiale</b> (=plus réduite et moins basse que la latérale, mais reste visible et saillante)</li> <li><b>Incisure talienn du Tibia, en forme de rail plein très atténué, légèrement antéversée, qui regarde vers le bas et vers l'avant → angle de 5-10° avec l'horizontale → visible en vue antérieure/ La marge post descend + bas que la marge ant</b></li> <li><b>Incisure fibulaire du Tibia</b>, au-dessus de l'incisure talienn, non encroûtée de cartilage car syndesmosse → <b>cernée par deux tubercules du Tibia, dont l'antérieur est le plus saillant</b></li> </ul>
<b>S'articule avec</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Talus</li> <li>Fibula</li> <li>Fémur</li> </ul>		

**IV. Squelette du Pied (non traité cette année)**

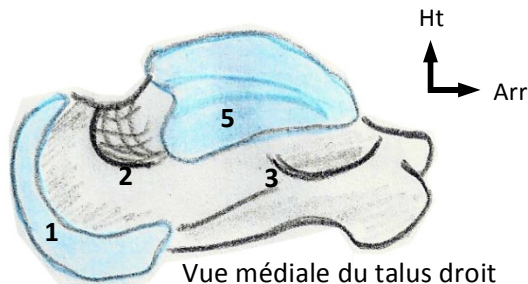
Il est formé d'arrière en avant du **tarse, du métatarse et des phalanges.**

**Tarse= Tarse antérieur (calcanéus et talus) + Tarse postérieur (os naviculaire, cuboïde et trois cunéiformes)**

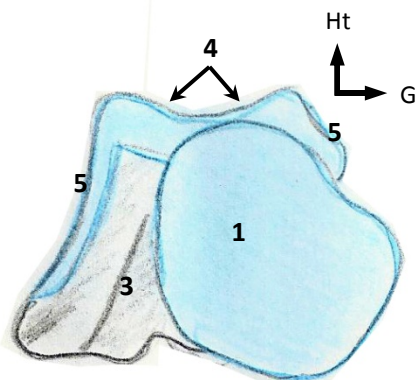
- 1 : Tête
- 2 : Col
- 3 : Corps
- 4 : Facettes supérieures
- 5 : Facettes latérale et médiale
- 6 : Plafond du sinus du tarse
- 7 : Surface calcanéenne antérieure
- 8 : Surface calcanéenne moyenne
- 9 : Surface calcanéenne postérieure
- 10 : Processus latéral



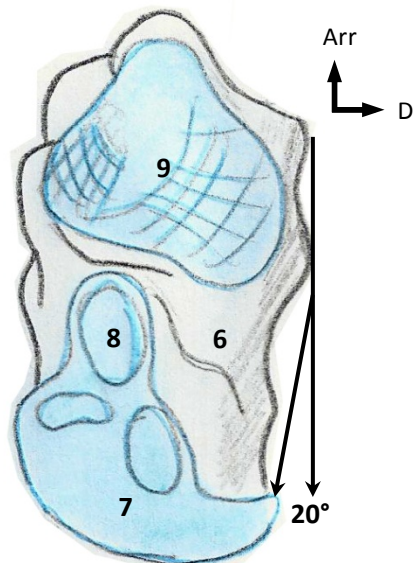
Vue latérale du talus droit



Vue médiale du talus droit

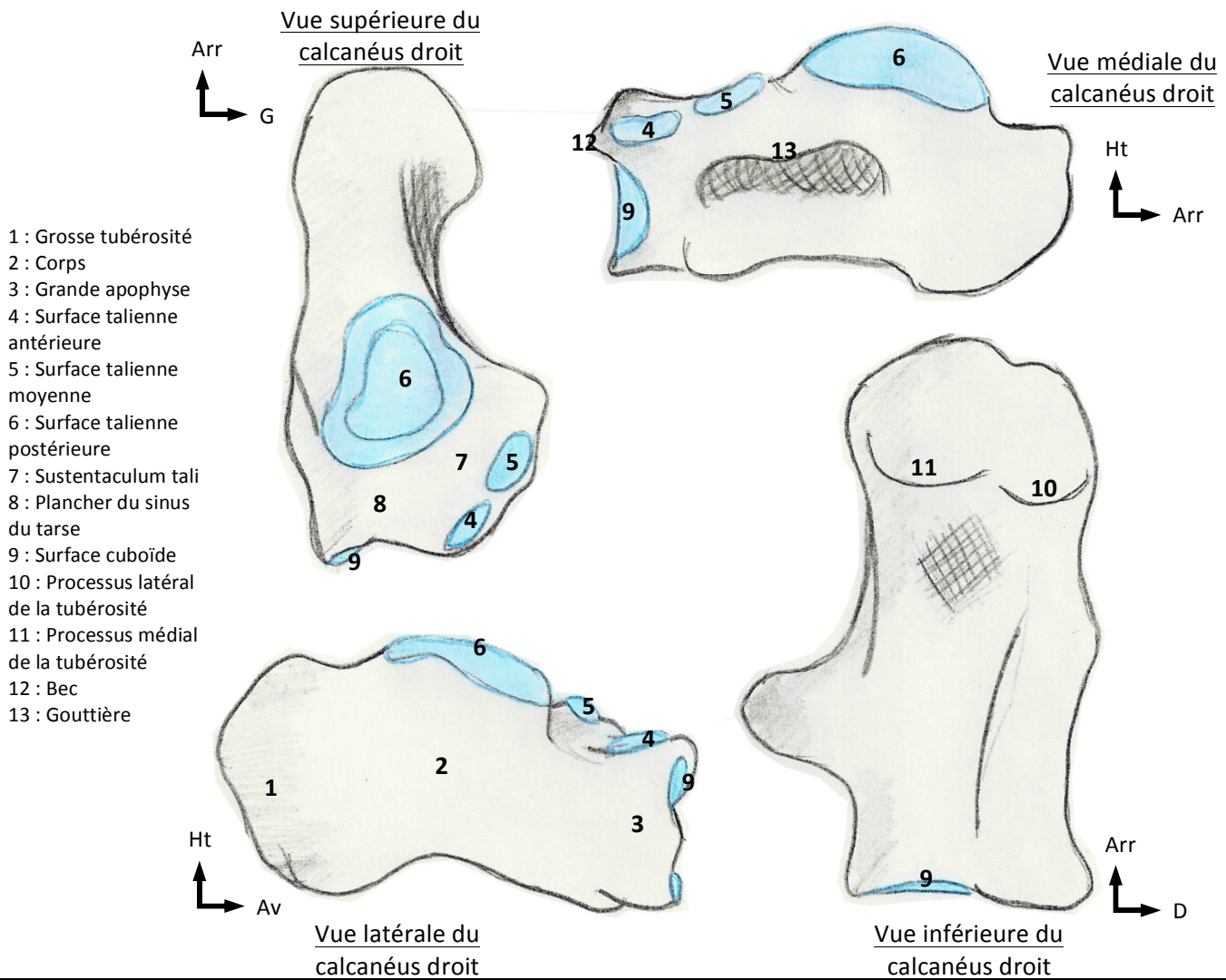


Vue antérieure du talus droit



Vue inférieure du talus droit

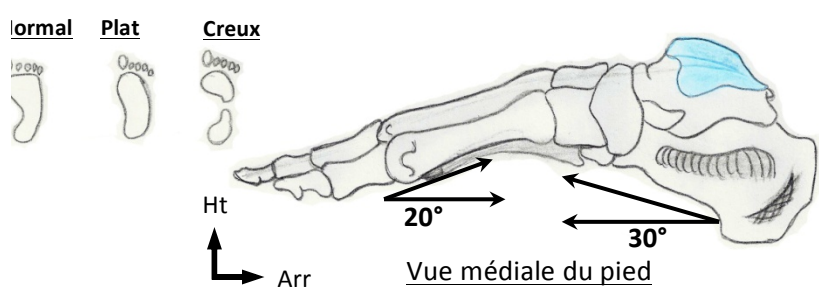
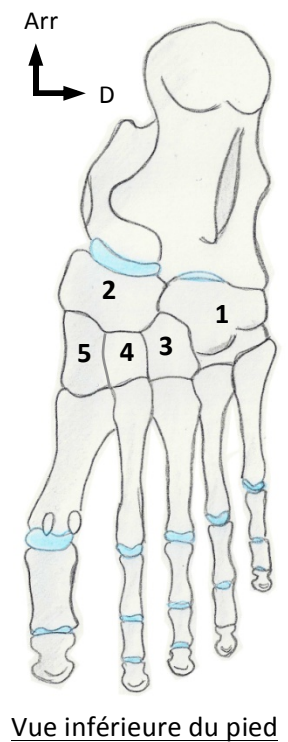
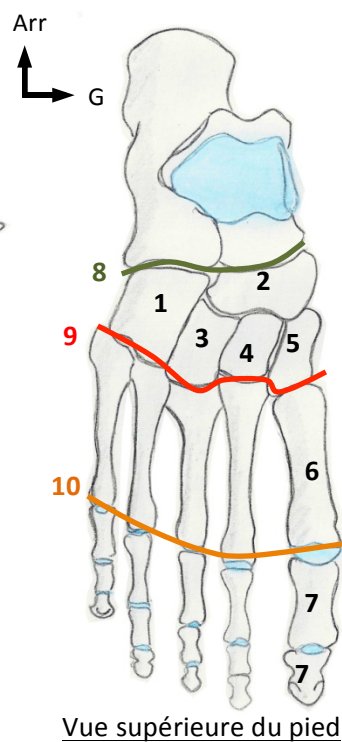
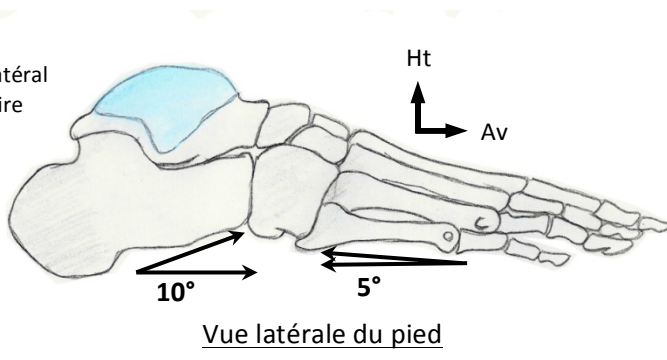
<b>Talus</b>			
Description générale	Corps	Col	Tête
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Os court extrêmement résistant</b></li> <li>Forme d'un escargot où :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- la coquille serait le corps du Talus</li> <li>- le cou de l'escargot, le col du Talus</li> <li>- la tête de l'escargot, la tête du Talus</li> </ul> </li> <li><b>Apport vasculaire très réduit</b> → nécrose fréquente en cas de fracture du talus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Forme d'une poulie creuse avec 2 facettes supérieures et 2 facettes latérale et médiale</b> (=surfaces malléolaires)</li> <li><b>Facette malléolaire médiale</b> → forme d'une virgule à grosse extrémité antérieure</li> <li><b>Facette malléolaire latérale</b> → beaucoup plus développée, triangulaire, prolongée par le <b>processus latéral du talus</b></li> <li><b>Surface calcanéenne postérieure concave vers le bas (en vue inf)</b></li> <li>2 tubercules postérieurs : <b>un latéral et un médial</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Dirigé en avant et en dedans</b></li> <li>Fait un <b>angle de 20°</b> avec le plan sagittal</li> <li><b>N'est PAS encroûté de cartilage</b> → principale zone de vascularisation du talus</li> <li><b>Plafond du sinus du tarse</b>=face inf du col</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fragment de sphère plus ou moins aplati, encroûté de cartilage</li> <li><b>Surface calcanéenne antérieure convexe vers le bas (au niveau de la tête, vue inf)</b></li> </ul>
<b>S'articule avec</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tibia</li> <li>Fibula</li> <li>Calcanéus</li> <li>Os naviculaire</li> </ul>			



<b>Calcaneus</b>		
<i>Description générale</i>	<i>Vue antérieure</i>	<i>Vue supérieure</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forme extrêmement variable d'un individu à l'autre</li> <li>• <b>Corps</b></li> <li>• <b>Grosse tubérosité du calcaneus</b></li> <li>• <b>Grande apophyse du calcaneus</b></li> <li>• <b>Thalamus (=surface talienne postérieure du calcaneus)</b></li> <li>• <b>2 processus de la tubérosité postérieure</b>, très peu visibles à l'état normal : un latéral et un médial → peuvent être atteint d'un processus arthrosique (douloureux, en cas d'hypertrophie=épine calcanéenne, car des muscles et des fascias s'y insèrent)</li> <li>• <b>Fracture fréquente en cas de chute importante</b></li> <li>• <b>Le talus peut enfoncer le calcaneus qui devient plat</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Porte-avion avec: -piste d'atterrissage médiale= Sutenstaculum tali</u> → surfaces taliennes antérieure et moyenne -château latéral</li> <li>• <u>Surface cuboïdienne du calcaneus</u> (avec un bec entre l'arrête entre la face antérieure et la face supérieure)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Surface talienne antérieure</b> et moyenne où repose la tête du talus, concave vers le haut</li> <li>• <b>Surface talienne postérieure</b> où repose le corps du talus, convexe vers le haut</li> <li>• <b>Plancher du sinus du tarse</b> entre les surfaces antérieure et moyenne, et postérieur</li> </ul>
		<i>Vue latérale</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Forme de crosse de vieux pistolet</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gouttière sous le sustentaculum tali</b></li> <li>• <b>Angle de Böhler de 30°</b> ouvert en avant ou en arrière → décrit entre le bec du calcaneus, sommet du thalamus et la partie postérieure et supérieur de la grosse tubérosité</li> </ul>
<i>S'articule avec</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talus</li> <li>• Os cuboïde</li> </ul>		

Tarse antérieur	Métatarses	Phalanges
<ul style="list-style-type: none"> <li>Composé du <b>cuboïde</b> (latéral), du <b>naviculaire</b> et de <b>3 cunéiformes</b> (médiaux mais dont l'un est dit latéral, le deuxième intermédiaire et le troisième médial)</li> <li><b>Interligne de Chopard entre le tarse antérieur et le tarse postérieur</b> → <i>forme de S italique</i> → <i>ancienne ligne d'amputation</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>5 os longs (base, corps, tête)</b></li> <li><b>1<sup>er</sup> métatarsien = très gros</b> (autant que l'Ulna)</li> <li><b>Interligne de Lisfranc entre le tarse antérieur et le métatarses</b> → <i>aspect zébré (= ligne d'amputation)</i></li> <li>Os sésamoïde sous la tête du 1<sup>er</sup> métatarsien (à cause des fortes pressions)</li> <li><b>Angle entre les 2 premiers métatarsiens</b> → <b>inférieur à 10°</b></li> <li><b>Angle entre le 1<sup>er</sup> et le 5<sup>ème</sup> métatarsien</b> → <b>inférieur à 30°</b></li> <li>Alignement des têtes, selon une <b>parabole de Lelièvre</b>, qui est telle que le 1<sup>er</sup> &lt; 2<sup>ème</sup> &gt; 3<sup>ème</sup> &gt; 4<sup>ème</sup> &gt; 5<sup>ème</sup> → <i>nécessaire au bon déroulé du pied</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>1<sup>er</sup> orteil=2 phalanges</b></li> <li><b>Autres orteils=3 phalanges</b></li> <li>Les phalanges des 3 derniers orteils ont la taille d'un grain de riz</li> <li><u>Si gros orteil plus court que le 2<sup>ème</sup></u> → <i>pied grec</i></li> <li><u>Si gros orteil plus long que le 2<sup>ème</sup></u> → <i>pied égyptien</i></li> <li><u>Si gros orteil de même longueur que le 2<sup>ème</sup></u> → <i>pied carré</i></li> </ul>

- 1 : Cuboïde
- 2 : Naviculaire
- 3 : Cunéiforme latéral
- 4 : C. intermédiaire
- 5 : C. médial
- 6 : Métatarses
- 7 : Phalanges
- 8 : Interligne de Chopard
- 9 : Interligne de Lisfranc
- 10 : Parabole de Lelièvre

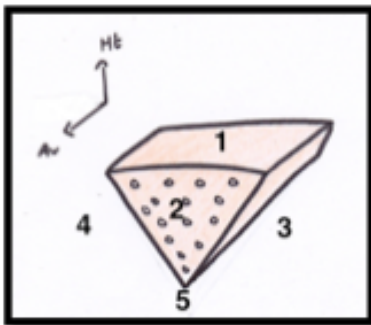


**V. Anatomie fonctionnelle du Pied**

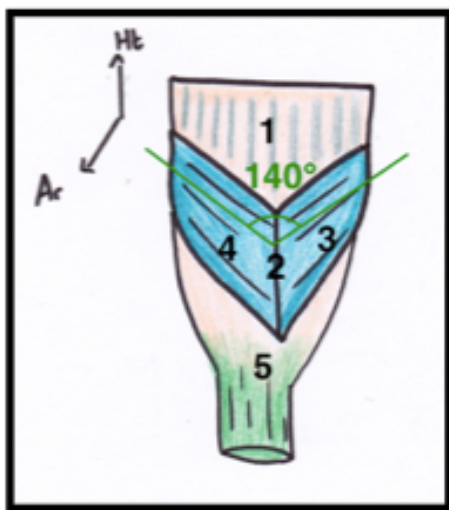
- Les chaussures à talon, avec un cornet pointu en avant, peuvent entraîner un hallux valgus chez les femmes aux pieds égyptiens. Par pression sur le gros orteil → **le 1<sup>er</sup> métatarsien part en dedans et le gros orteil en dehors. Il y a apparition d'une exostose sur le 1<sup>er</sup> métatarsien.** (Il existe des formes congénitales)
- En cas d'anomalie de la parabole de Lelièvre, si les orteils ne sont plus dans le même plan horizontal, il y a hyper-appui sur certaines régions, et apparitions de cors.**
- La voûte plantaire est due à une **arche médiale** constituée du calcaneus, du naviculaire, du cunéiforme médial et du 1<sup>er</sup> métatarsien → **partie postérieure= 30° avec l'horizontale, et partie antérieure=20° avec l'horizontale.**
- L'arche médiale est plus importante que l'**arche latérale** constituée du calcaneus, du cuboïde et du 5<sup>ème</sup> métatarsien → **partie postérieure=10° avec l'horizontale, et partie antérieure=5° avec l'horizontale**
- Ceci explique l'isthme central de l'empreinte plantaire :  
 → Si le sujet a un effondrement de la voûte plantaire, on parle de **pied plat**, avec effacement de l'isthme.  
 → Si le sujet a une exagération de la voûte plantaire, on parle de **pied creux**, avec disparition de l'isthme.
- 60% de la population ont un pied avec un isthme. *Les pieds plats ou creux ne sont pas vraiment pathologiques.*
- Le déroulé du pied au sol est particulier :  
*on attaque avec le talon → on pose l'isthme → on pose le talon antérieur → on pose les orteils → on lève le talon postérieur → et on se propulse à la fin avec le gros orteil*
- Le déroule de l'empreinte du pas est décrit en « s de SS ».** On ne peut plus courir et on a des difficultés pour marcher en cas de pathologies du gros orteil.

## VI. La Patella

- C'est l'os du genou : elle a la forme d'un **triangle à base supérieure** avec :
  - une **face antérieure** sous-cutanée
  - une **face postérieure** encroutée de cartilage en forme de rail plein avec 2 facettes articulaires dont la latérale est la + volumineuse. L'angle entre les facettes est d'environ 140°
  - un **bord interne**
  - un **bord externe**
  - une **pointe= angle inférieur** (postérieurement elle n'est pas encroutée de cartilage, et permet l'insertion du **ligament patellaire** qui rejoint la tubérosité tibiale antérieure)
- La pression qui s'exerce dessus est la plus élevée du corps (jusqu'à 40 kg/cm<sup>2</sup>) ce qui explique que **le cartilage soit le + épais de l'organisme** (5mm d'épaisseur).



- 1 - Triangle à base supérieure
- 2 - Face sous cutanée + ses orifices + ses deux bords
- 3 - Bord interne
- 4 - Bord externe
- 5 - Angle inférieur ( la pointe)



- 1 - Base
- 2 - Incisure tibiale de la patella

### 2 facettes articulaires

- 3 - Latérale (plus volumineuse)
- 4 - Médiale

Entre ces deux facettes : angle de 140°

*Cette articulation possède le cartilage le plus épais du corps humain (environ 5mm) car il supporte la pression la plus élevée du corps*

**5 - Pointe** : zone non articulaire / non cartilagineuse : insertion du ligament patellaire