



## Réponses SDR

J'ai essayé de retranscrire au max, mais pour ceux qui veulent juste la réponse, je l'ai mise en gras. Et j'ai mis les minutages par rapport à la vidéo « cut » par le prof ☺

Lien : <https://youtu.be/WxyqYnRMruE>

### Saison 2 : Appareil Locomoteur ft. De Peretti

1. Serait-il possible de faire un récap sur les cavités des articulations fibreuses et cartilagineuses (si elles existent, si elles sont réelles ou virtuelles) ? (3'44)

Les **articulations fibreuses** sont des articulations où, par définition, existe un ligament d'interposition qui comble l'espace entre les os. Le type même est la suture. « *Je n'en dirais pas plus.* » **La cavité est remplie par le ligament d'interposition** (avec un biais pour la syndesmose car elle a une cavité non remplie par un ligament).

« *Les problèmes que vous vous posez, on les connaît : la cavité ne peut pas être virtuelle car on ne peut pas la créer...* »

L'**articulation cartilagineuse** possède un cartilage d'interposition (qui s'insère sur le cartilage articulaire) dans la cavité articulaire. **Ce fibrocartilage d'interposition comble la cavité.**

« *On ne va pas rentrer dans l'ambiguïté : étant donné qu'elle est comblée, elle n'y est plus la cavité. Ce qu'on peut vous demander, c'est s'il y a un fibrocartilage d'interposition et sur quoi il s'insère.* »

2. L'épiphyse est-elle encroutée de cartilage sur toute sa surface ou y a-t-il une partie recouverte de périoste ? (7'38)

« *Excellente question* »

**La plus grande partie de l'épiphyse est encroutée par un cartilage articulaire, mais une partie est recouverte par le périoste**, comme la diaphyse et la métaphyse.

Les os sont recouverts de périoste sauf où il y a du cartilage articulaire (il répète : à différencier du cartilage épiphysaire = de croissance, piège « qui tombe tous les ans »).

Précision 1 : le cartilage épiphysaire donne, par sa croissance, la métaphyse.

Précision 2 : tout ce qui s'insère sur les os (tendons et ligaments) traverse le périoste.

« *On a répondu à la question ? Excellente question* »

3. Vous avez dit en cours que la corticale est responsable de la dureté (et pas de la solidité). *Taaacle pour Mattibia, j'ai pas réussi à poser la question...* (10'44)

La corticale des os est due à un enchevêtrement torsadé d'ostéons (comme les fibres d'une corde). Cette structure a une excellente résistance à la compression, une très mauvaise résistance à la torsion (pour pousser la métaphore de la corde, si on tord dans un sens les fibres se serrent, dans l'autre les fibres s'ouvrent).

Le passage des contraintes entre l'épiphyse et la diaphyse se fait par des travées spongieuses (même histologie que la corticale, mais en forme de feuille) toutes fabriquées

selon un système ogival (ou ogival inversé). Elles transmettent la compression du cartilage articulaire à la diaphyse.

*Pour répondre à la question : pourquoi on peut dire que la corticale est responsable de la dureté mais pas de la solidité de l'os, alors que l'os a une très grande résistance à la compression ?*

*Le prof doit faire la différence entre **solidité** de l'os en général, et **résistance** à la compression. Du coup solidité et résistance ne sont pas synonymes, je vois pas d'autre explication.*

### Saison 6 : Parois du tronc et rachis ft. Baqué and Bronsard

1. À propos du muscle oblique externe, les fibres sont-elles donc orientées uniquement en bas et en avant, ou aussi en dedans ? (2h13'25)

Les fibres du muscle oblique externe sont orientées **en avant, en bas et en-dedans**.

2. Il semblerait que vous ayez dit que le muscle oblique externe s'insère (en partie) sur la bandelette ilio-pectinéale. Cela concerne-t-il le pilier latéral ? Sinon, pouvez-vous expliquer ? (2h13'39)

Quoi ? Non, c'est le petit psoas qui s'insère sur la bandelette ilio-pectinéale.

Le **muscle oblique externe s'insère sur le ligament inguinal**, pas sur la bandelette ilio-pectinéale.

3. L'orifice inguinal superficiel a une forme triangulaire et est délimité : latéralement par le pilier latéral, médialement par le pilier médial, et en bas par pilier postérieur et ligament inguinal. Confirmez-vous cette version ? (2h14'13)

**Oui**, c'est le **pilier postérieur controlatéral** et le **ligament inguinal** qui constituent la limite inférieure de l'OIS.

4. Le muscle oblique externe recouvre-t-il les muscles érecteurs du rachis en vue postérieure ? (2h14'42)

**Oui**, en fait c'est le fascia thoraco-lombal qui le prolonge.

On peut considérer que le fascia thoraco-lombal est la partie postérieure de l'oblique externe, donc oui.

5. Considérez-vous que le muscle oblique interne s'insère sur le ligament inguinal ? (2h15'10)

**Oui**, une partie de l'oblique interne s'insère sur le ligament inguinal. Donc oui, c'est vrai.

6. Les hernies inguinales directes font-elles protrusion à travers la fossette inguinale médiane ou médiale ou moyenne ? Quel terme les étudiants doivent-ils retenir ? Y a-t-il des synonymes ? (2h15'27)

Petit récap du prof sur les hernies inguinales :

- Les **hernies obliques externes** (ou **indirectes**) empruntent le trajet du cordon inguinal. Elles sont dans la fossette inguinale latérale, en-dehors de l'artère épigastrique. « Ça, c'est fait »
- Les **hernies obliques internes** (ou **directes**) sont dans la fossette inguinale moyenne (ou *médiane*) contenue entre : en-dehors, l'axe de l'artère épigastrique et en-dedans, l'axe de l'artère ombilicale. « Retenez ces définitions »

7. La hernie oblique externe est-elle la seule qui peut être « inguino-scrotale » ? (2h16'56)

**Oui**, les véritables **hernies inguino-scrotales** (en particulier chez l'enfant) sont des **hernies obliques externes** obligatoirement.

Après, il peut y avoir de très volumineuses hernies directes qui déforment la région de l'aîne et du scrotum où c'est difficile de savoir. Mais la hernie inguino-scrotale dans sa définition est forcément une hernie oblique externe.

8. Est-ce que la portion lombale du DTA appartient à la partie verticale uniquement, ou aussi celle horizontale, ou aux deux ? (2h17'34)

**La portion lombale est la portion verticale du DTA, la pente diaphragmatique.** (*retenez surtout ça ☺*)

La portion horizontale, c'est surtout le centre phrénique. Les parties costales sont aussi assez verticales mais quand on parle de la portion verticale, on désigne l'espace infra-médiastinal postérieur (espace entre rachis et portion lombale du DTA).

1. Dans le cours, vous dites (comme les années précédentes) que les apophyses transverses des vertèbres lombaires sont fines et allongées. Cependant, vous avez dit, en décrivant une vertèbre lombaire, que ses apophyses transverses étaient courtes et épaisses. Quelle version doivent retenir les étudiants ? (2h18'32)

La vertèbre thoracique type a des apophyses fines, longues et en arrière. Au niveau des lombaires, les apophyses transverses sont **plus courtes**, **plus frontales** et **s'épaississent de L1 jusqu'en L5**.

La plus longue est **L3** (repère clinique radiologique), en général dans le plan frontal. Plus on descend vers le sacrum, plus elles sont courtes et épaisses. (Elles sont donc plus courtes et plus épaisses que les thoraciques.)

2. Confirmez-vous que le ligament qui s'insère sur les masses latérales de l'atlas et qui s'articule avec l'odontoïde est le ligament transverse et non pas le ligament annulaire ? (2h19'26)

**Oui**, c'est le **ligament transverse** qui relie les masses latérales de C1 (*ligament annulaire c'était bien un lapsus ☺*). (Il cite aussi le ligament cruxiforme en avant, mais c'est en plus.)

### 3. Pourriez-vous confirmer que le DIV est avasculaire ? (2h19'53)

**Oui**, physiologiquement aucun vaisseau ne traverse le cartilage. Le disque est composé d'une partie centrale dite pulpeuse (permettant les petits mouvements de compression) et une partie périphérique, annulaire, plutôt cartilagineuse pure donc plus solide et épaisse. Dans les deux cas, il n'y a pas de vaisseaux qui les traversent.

Dès qu'une inflammation s'ajoute, on observe une néo-vascularisation : des petits vaisseaux qui pénètrent du plateau vertébral vers le disque. On aura une discopathie (usure du disque), une douleur (car avec les vaisseaux pénètrent aussi de petits nerfs).

**Mais dans sa définition habituelle, le disque est avasculaire.**

## Saison 12 : Membres ft. Bronsard

### 1. La rotule et le ligament rotulien font-ils partie de l'appareil extenseur du genou avec le tendon quadricipital ? Pouvez-vous répéter quels éléments en font partie ? (46'10)

Le terme « appareil extenseur » est mécanique, issu de la clinique, de la chirurgie orthopédique, traumatologique,... Un appareil comprend plusieurs éléments.

L'**appareil extenseur du genou** est ce qui permet d'étendre le genou :

- le **quadriceps** (muscle principal de la loge antérieure de la cuisse)
- le **tendon quadricipital** (relie le quadriceps à la rotule pour faire poulie). Ce tendon se prolonge sur la partie superficielle de la rotule, continue et s'accroche au tibia
- la **rotule**
- le **ligament rotulien**
- les accroches osseuses

Vu d'un autre point de vue, l'appareil extenseur c'est tout ce qui, une fois lésé, empêche d'étendre le genou.

### 2. Le petit trochanter est postérieur. Cependant, vous l'avez cité en décrivant la vue antérieure du fémur. Certains étudiants se demandent s'il est visible en vue antérieure. (47'50)

**Le petit trochanter est postérieur et médial**, contrairement au grand qui est latéral.

Pour bien voir le petit trochanter en vue antérieure, il faut tourner le fémur en rotation externe (en mettant le pied vers l'extérieur). Si on fait une rotation interne (en tournant le pied vers l'intérieur), on le verra plus.

**Sur une vue antérieure, le petit trochanter est quand même visible.**

### 3. Confirmez-vous que la clavicule est le seul os reliant le membre supérieur au squelette du tronc ? (48'40)

**Oui.**

Le tronc, c'est : la colonne vertébrale, le sternum, les côtes et c'est tout (*oubliez ce que j'ai dit sur le forum désoso*).

4. Confirmez-vous que le nerf fibulaire commun se divise en nerf fibulaire superficiel et nerf fibulaire profond = nerf tibial antérieur ?  
Et qu'ainsi on ne peut pas dire que c'est le nerf tibial qui se divise en nerf tibial antérieur et postérieur ? (49'14)

Le **nerf sciatique** se divise en deux :

- **nerf tibial** (pour les muscles de la loge postérieure de la jambe)
- **nerf fibulaire commun** (pour les loges antérieure et latérale), qui lui se divise encore **superficiel** et **profond**

Quand on parle de « tibial antérieur et postérieur », c'est l'artère : l'**artère poplitée** se divise en **artère tibiale antérieure** et **artère tibiale postérieure**.

*J'ai fait un post récap des artères et nerfs du MI, allez voir si vous en avez besoin ☺*

Précision : il faut faire la différence entre tendon (entre un muscle et un os) et ligament (entre deux os).

« Il faut pas déformer les définitions, les définitions sont indiscutables : ce sont des définitions. Il y a pas de discussion. »

5. Au niveau de la cheville, le rétinaculum des extenseurs permet l'extension plantaire. (50'28)

Non. Ah

« Extension plantaire » c'est antinomique, on dit flexion plantaire.

**Flexion plantaire** : on amène le pied vers le bas, vers la plante.

**Flexion dorsale** (=extension) : on amène le pied vers le haut.

Le **rétinaculum des extenseurs** (*merci à De Peretti qui suit*) est la poulie pour les tendons permettant l'**extension des orteils**, c'est-à-dire la **flexion dorsale du pied**.

« Il faut rester simple »

6. Le tubercule des adducteurs se trouve-t-il sur l'épicondyle médial ? (51'27)

**Oui**, il est bien au sommet de l'épicondyle médial. C'est le point d'insertion des adducteurs.

7. Certains étudiants aimeraient votre confirmation que les ligaments croisés sont intra-capsulaires malgré le fait qu'ils soient extra-synoviaux. (51'46)

Oui, ils sont **intra-articulaires**, **intra-capsulaires**, et **extra-synoviaux**. (*parfaaaait*)

La capsule relie le fémur au tibia, en incluant la rotule : tout ça crée une cavité articulaire. À l'intérieur, la capsule est doublée d'une membrane synoviale qui va doubler la périphérie et les ligaments croisés.

De Peretti : « Si vous voulez, il y a un schéma qui explique ça, un schéma tout couillon. Il va être faux hein, je vous averti. »

Bronsard : « Tout ce qui est simple est forcément faux, mais tout ce qui est compliqué est incompréhensible : on est obligés de simplifier. »

2h24'45 : Bronsard a aussi confirmé que la **veine grande saphène** s'abouche à la **face antérieure** et **médiale** (et pas médiane) de la **veine fémorale** au niveau du pli de l'aîne.

Et enfin :

Lisez bien les énoncés, pour pas tomber dans des pièges faciles...

Pas de qcms de cause en effet en pass/las cette année (possible en paces).

Revoyez bien les schémas !!

Dédicaces :

Déjà énorme dédi aux profs pour avoir fait une sdr comme ça, c'est la première fois  
À Maxime (ou Roger je sais plus) et à Enzo pour les sujets

À Lucataracte (qui me vole mes items) parce que je lui ai promis, et à tous les autres discordiens

Aux immanquables cotuts, comme d'hab

Et pour finir, à toi qui est encore là, en train de lire ces réponses. Sache que t'es plus fort chaque jour !!