



**Sandrine BALLET**  
MKDE - HCL Croix Rousse  
Services Ortho/Med du sport

# PHYSIOPATHO DU SPORT

---

**UE 18.3**

**MK4 - CM « révisions »**



ISTR Lyon – 07/05/2025

# CLASSIFICATION DES LÉSIONS DU SPORT

## TYPE

Aiguë  
Chronique  
(>3mois)

## GRAVITÉ

Légère  
Modéré  
Sévère  
(différents stades...)

## MÉCANISME

Trauma par contact direct  
Indirect  
Surutilisation  
Dégénérescence (hernie, arthrose)

**Facteurs extrinsèques** (type et intensité du sport, entraînement / prépa / échauffement, environnement, équipement...)

**Facteurs intrinsèques** (caractères physiques, mentaux, médicaux...)

# BLESSURES ?

## OSTÉO ARTICULAIRES

- **OS** : #F par choc ou stress, contusions, périoste...  
6 à 8 semaines de consolidation osseuse

- **CARTILAGES / ARTICULATIONS** : lésions ostéochondrales, luxations, arthrose...



## TISSUS MOUS

- **LIGAMENTS** : ruptures partielles ou totales, inflammations, entorses...
- **MUSCLES** : étirement / élongation stade I (~1 semaine), claquage / déchirure stade II (~15J - 1 mois), rupture stades III et IV (Signe popeye, signe thompson...) (~3 mois)

Contusions, hématomes, DOMS = courbatures, syndrome des loges...

- **TENDONS** : rupture partielle, totale, tendinopathies...



## AUTRES...

- Bursites
- Commotions
- Neuro associé ?
- TI (peau...)



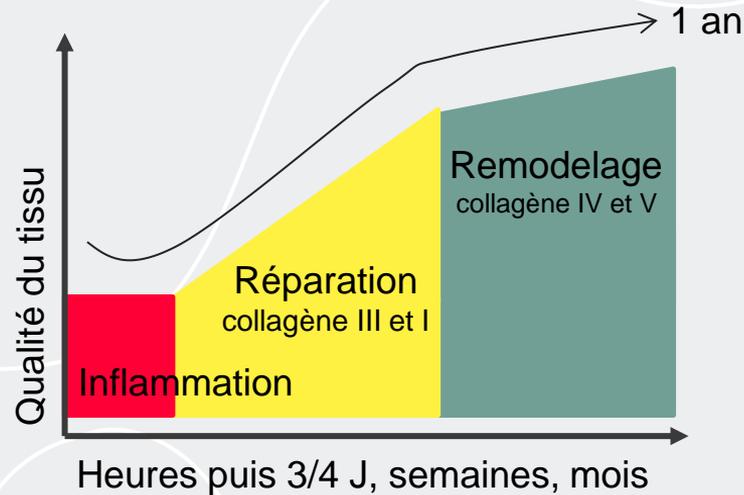
Sur les articles, on retrouve de plus en plus : femmes = hommes

Juste parce que les femmes sont « autorisées » à faire de plus en plus de sport, ça monte les stats ?...

# PROCESSUS DE CICATRISATION

## PEC DE LA CICATRISATION DES TISSUS :

- **Qualitatif**
- **Évitant chronicité**
- **Baissant risque récidive**



## OBJECTIFS DE TTt KINÉ :

Phase inflammatoire : 3/4 J

PRICE

Contrôler réponse inflammatoire  
(critères rouge chaud œdème...)

Réduire la douleur

Drainage

Minimiser les complications...

Phase de réparation : ~15 J

Attention au surplus de cica (collagène++)

Mobilisations (ROM?)

Progression : OPTIMAL LOADING

Surveillance

Contrôle neuromoteur normal

Phase de remodelage : ~1 à 3 mois

Consolider réparation

Cicatrice à travailler

Renforcement +++

Minimiser les risques de récidive

# P

## Protect



Protect your injury from further damage, for example, by using a support or splint.

# R

## Rest



Rest your injury for the first two to three days. You may need to use crutches if you've injured your leg and you want to remain mobile. Then reintroduce movement gradually so you don't delay your recovery by losing muscle strength.

# I

## Ice



Ice the painful area with a cold compress such as ice or a bag of frozen peas wrapped in a towel. This will help reduce swelling and bruising. Do this for 15 to 20 minutes every two to three hours. Don't apply ice directly to your skin as it can

# C

## Compress



Compress the injured area with an elastic bandage or elasticated tubular bandage to help limit swelling and movement. But don't leave the bandage on while you sleep.

# E

## Elevate



Elevate your injury by resting it above the level of your heart and keep it supported. This could mean lying on the sofa with your foot on some cushions if you've injured your leg.

|              |   |   |
|--------------|---|---|
| <b>P</b>     |  | <b>PROTECTION</b><br>Cesser toutes activités provoquant de la douleur lors des premiers jours.  |
| <b>E</b>     |  | <b>ÉLÉVATION</b><br>Soulever le membre atteint le plus souvent possible, de sorte qu'il soit plus haut que le cœur.                                 |
| <b>A</b>     |  | <b>ANTI-INFLAMMATOIRES À ÉVITER</b><br>S'abstenir de prendre des anti-inflammatoires et d'appliquer de la glace.                                    |
| <b>C</b>     |  | <b>COMPRESSION</b><br>Installer un bandage élastique, ou encore mieux un taping compressif, pour réduire le gonflement initial.                     |
| <b>E</b>     |  | <b>ÉDUCATION</b><br>Enseigner les bonnes pratiques afin d'éviter la surinvestigation médicale, la surmédication et les modalités passives inutiles. |
| <b>&amp;</b> |   |   |
| <b>L</b>     |  | <b>LOAD</b><br>Quantifier son stress mécanique en intégrant de la mise en charge et du mouvement, sans occasionner de douleur.                      |
| <b>O</b>     |  | <b>OPTIMISME</b><br>Être confiant et positif; conditionner son cerveau en vue d'une guérison optimale.  |
| <b>V</b>     |  | <b>VASCULARISATION</b><br>Faire des activités cardiovasculaires pour irriguer les tissus endommagés et augmenter leur métabolisme.                  |
| <b>E</b>     |  | <b>EXERCICES</b><br>Favoriser un retour à la normale de la mobilité, de la force et de la proprioception en adoptant une approche active.           |

## Phase 1 - Réhabilitation aigüe

Période post lésion : stabilisation du saignement, début de la séquence des événements physiologiques liés à la réparation / régénération des tissus . Réduire la douleur au quotidien, ROM précoce, au mieux, vs controlat ! Baisser inflammation...

## Phase 2 - Progressif / optimal loading

Développer capa des tissus à tolérer le stress : manip progressive de la charge, du volume, de la vitesse et de la complexité du mouvement : qualité musculaire de F, souplesse, coordination... Jusqu'à fonctionnel pour :

## Phase 3 – “Return to performance”

Transition entre performance "fonctionnelle" de l'athlète et retour à la compétition. Test isocinétique ? Gold standard de l'évaluation musculaire ! (tests return to train / to play)

## QUELLE LÉSION, OÙ, COMMENT ??

### PAR SPORT PAR STRUCTURE ANATOMIQUE

liste non exhaustive...

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |
| American football (NFL)   | Baseball (MLB)  | Basketball (NBA)  | Football (Premier League)   | Ice hockey (NHL)  | Rugby (Super Rugby)   |

% of total injuries in each sport





**PAR  
SPORT**

% of total injuries

**SHOULDER**  
16.16%



**Baseball (MLB)**

**ELBOW**  
18.98%

**KNEE**  
7.65%

**KNEE**  
22.01%

**HAMSTRING**  
16.88%

**Football (Premier League)**

**CONCUSSION**  
21.05%

**HAMSTRING**  
8.58%

**KNEE**  
18.21%

**SHOULDER**  
9.67%

**ANKLE**  
12.81%

**KNEE**  
23.57%

**American football (NFL)**

**UPPER BODY**  
22.40%

**LOWER BODY**  
23.43%

**KNEE**  
8.61%

**KNEE**  
21.80%

**ANKLE**  
17.33%

**FOOT**  
7.49%

**Ice hockey (NHL)**

**Basketball (NBA)**

**HEAD**  
11.00%

**'03-04**  
Laceration, index finger (7)

**'09-10**  
Avulsion fracture index finger (2)

## Injury points

Since his professional debut in 1996, Kobe Bryant has had his share of pain and glory. Here's a look at some of the physical setbacks that kept him on the bench.

(#) = Games out

**'03-04**  
Sore knee (1)

**'06-07**  
Knee surgery (2)

**'97-98**  
Sprained ankle (3)

**'00-01**  
Sprained ankle (3)

**'04-05**  
Severe sprain, ankle (14)

Source: Lakers, AP photo  
STAFF GRAPHIC

**'99-00**  
Fractured metacarpal (15)

**'03-04**  
Sprained shoulder (8)

**'09-10**  
Knee swelling (2)

**'04-05**  
Bruised shin (1)

**'06-07**  
Sprained ankle (1)

**'09-10**  
Sprained ankle (5)

**'13-14**  
Achilles' surgery (19)

**'00-01**  
Sore foot (9)

**'96-97**  
Flu (1)

**'00-01**  
Viral infection (2)

**'96-97**  
Strained hip flexor (1)

**'13-14**  
Fractured knee (39 and counting)

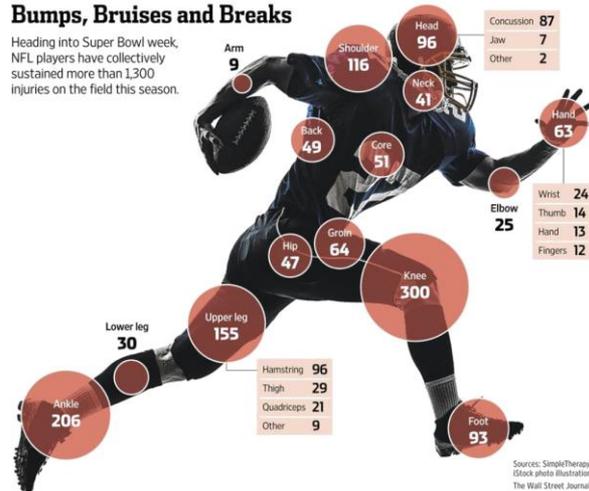
**'11-12**  
Tenosynovitis, shin (7)

**'12-13**  
Severe sprain, ankle (2)

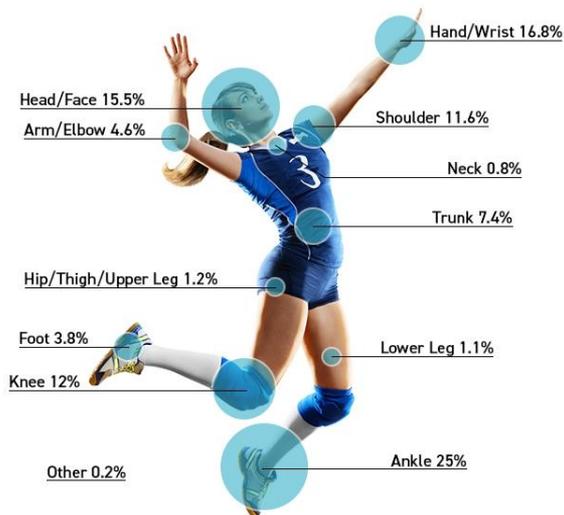
**'12-13**  
Torn Achilles' tendon (2)

## Bumps, Bruises and Breaks

Heading into Super Bowl week, NFL players have collectively sustained more than 1,300 injuries on the field this season.



Sources: SimpleTherapy; iStock photo illustration; The Wall Street Journal





## Handball, Baseball, Golf

Tendinopathies en tout genre : entorses : chevilles, genoux, épaules, coudes (golf elbow), poignets...

Bras armé / lancé : épaule +++ avec conflits, lésions labrum (SLAP) parfois luxations, lésions GIRD

Sauts : impacts +++ réceptions genoux chevilles, avec LCA, Achille...

Lombaires par torsion

## Tennis, sports de raquettes

Épaule +++, conflits, lésions labrum (SLAP) parfois luxations, lésion GIRD

Coude +++ Tennis elbow : épicondylite, parfois aussi en médial : épitrochléite (golf elbow)

Lésions musculaires Gastroc, IJ, Pec, ADD...

Impactions poignets

Hernies lombaires

#f stress

Entorses cheville, LCA/ménisques

Tendon Achille



## Volley, Basket

Entorse cheville sur sauts et réceptions (impacts +++), lux épaules et pathos bras armé, #f pied (MT5) et stress scaphoïde, syndesmoses...

Rupture tendon Achille, Genou LCA, et autres lig, ménisques...

Parfois poignet coude épaule (choc). DOIGTS +++

Hématomes, musculaires...



## Running, athlétisme

Courbatures +++, élongations IJ...

Impacts +++ mal équipé

60% blessures : erreurs d'entraînement ou car sportif du dimanche

Entorses : Genou +++, cheville pied hanche (tendinopathies, ligamentaires, fasciite plantaire, #f stress, sd loges, périostites, essuie glace)...

Lombaires +

Attaque pied sur CAP important, chaussures, modes, intensité...

## Foot

On fait ~10km pdt 90min de match : donc +/- toutes les lésions de la CAP mais avec changement de rythme et direction impactant genoux +++

Svt blessures mineures, et chocs crampons, tacles, tête, chutes...

Mais LCA +++

Musculaire : ADD, IJ, pubalgies

## Gymnastique, danse

Rachis surtout lombaire +++

Tendinopathies et ligamentaires

Genoux, chevilles, poignets

Blessures musculaires

Impacts sauts +++ à la G.A



## Natation

Épaules +++ conflits ss acromial, bursites, coiffes

Genou via brasse, en interne sur LLI ?

Lombaire ++, spondylo ?

## Cyclisme

Tendinopathies genoux, hanches, lésions musculaires

Chevilles / coudes

Traumas sur chute (clavicule, épaule, tête, poignet)

## Sports de combat et Rugby

Entorses lig +++ genoux chevilles épaules coudes

poignets, luxations, blessures musculaires

tendinopathies et traumas (cou), commotions

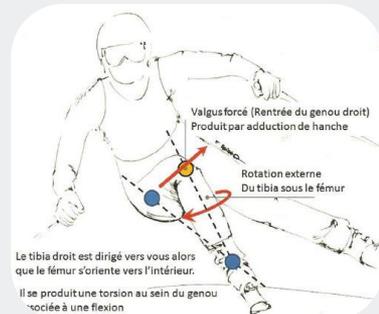


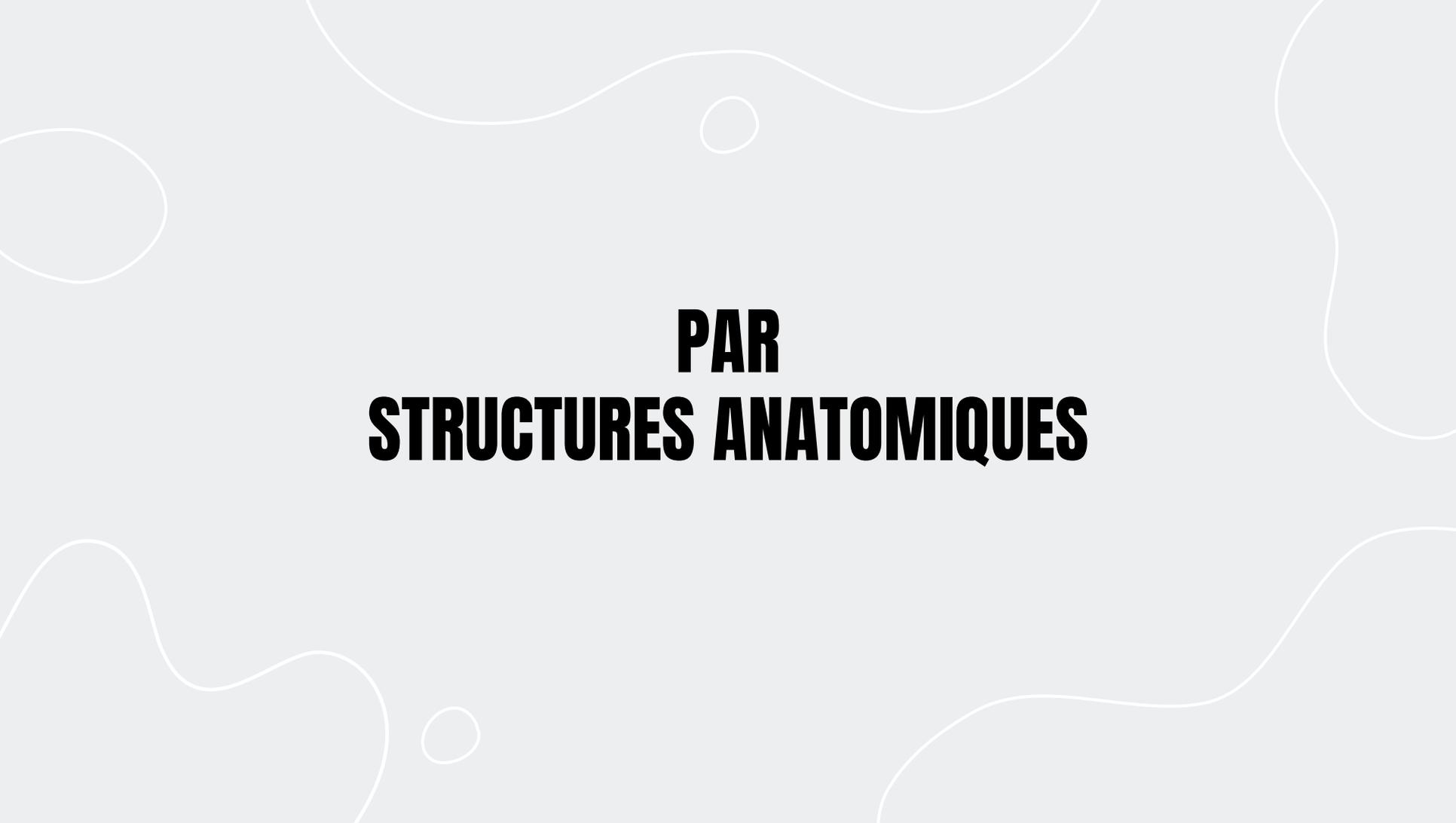
Mooren et al, 2023

## Ski

LCA +++ (80% ?)

Traumas





**PAR**  
**STRUCTURES ANATOMIQUES**

# LIGAMENTAIRES

Entorses, Luxations (!\ à : vasculaire, nerveux, osseux)...



## CHEVILLES

- Entorses tibio tarsiennes = mécanisme inversion flexion plantaire (=équien) en CCF avec tout le compartiment LLE = LTFA, Talo-calca (les + courants), parfois associé fractures malléoles, MT5 Johnson's (avulsion, stress...)...
- 3 stades d'entorses : classif Castaing : 1. simple : LTFA distendu (7J), 2. moyenne : rupture LTFA + lésion LCF (atteinte ss tal) (21J), 3. grave : rupture LTFA + LCF +/- LTFP (45J) donc instabilité œdème +++
- CRITERES OTTAWA (>55-65, « marche », palpa malléoles, MT5, naviculaire..) pour écarter fracture, RX + Echo
- Syndesmose tibia/fibula
- Impingement = conflit (ant/post tibia talus)... Bursites...
- Luxation sous talienne, de Chopart entre calca talus et os tarse (urgence : immob voir chir)
- ...



## GENOU

→ LCA LCP LLI LLE ménisques lésions chondrales

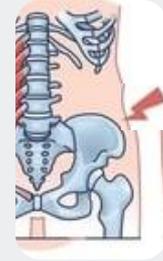
- Ménisques ? Blocage sur la ROM + douleurs interligaments
- LCA valgus + flexion + RE ++ (ou RI) OU hyperextension. Instabilité +++ !\ #f second (avulsion condyle tibial) reconsolidation « facile ». CHIR ? Si instable, jeune, sportif. 6 à 9 mois avant reprise sports pivot. Attention aux complications (cyclope..)
- LCP tableau de bord, bien vascularisé, ttt conservateur si isolé ? Ou chir avec cale de positionnement tiroir ant.
- Associations = Triade (LCA CPMI LLI) Pentade (LCA LCP LLE PAPE Capsule...)
- Bursites (inflammations, surutilisation, accroupi ++)
- LLI en valgus forcé, LLE en varus forcé. Parfois immobilisations selon stade et gravité, et isolé ?
- Luxation rotule ? Douleur interne = MPFL? Avec #f ostéocondrale ? RX pour dysplasie trochlée. Test Smilie appréhension
- ...

# LIGAMENTAIRES

Et **HANCHE** ? Sur capsule et ligaments... Pas grand-chose. Conflit, pubalgie...

Finalement rééducation plutôt musculaire, récup ROM, étirer, trust, renfo (pelvitroc, Q, psoas, MF...)...

Luxations ? Chir. Et protocole comme PTH



## EPAULE

Stabilisateurs statiques ligamentaires VS stabilisateurs dynamiques muscles coiffe intimement liés

Instabilité chronique, Luxations avec lésion capsule, ligaments ou coiffe, NCB ou défilé des scalènes (plexus brachial pouvant être endommagé) et souvent sur trauma ou compression (rugby) sur C5/C8...

Penser à la scapulo-thoracique.

- Articulation acromio-claviculaire : (rugby, trauma (chute vélo!)) que ce soit Luxation (ligaments coraco-claviculaire, acromio-claviculaire...) en touche de piano, grades jusqu'à 6 en fonction du nombre de ligaments atteints (TTt conservateur avec écharpe 2/3 semaines, puis récupérations ROM et renfo...) ou Fracture...

- Luxation gléno-humérale ANT (Bankart (bas labrum), Hills-sachs ou Malgaine (postéro lat tête humérale))...

Musculaire à renforcer (sub-scapulaire +++, RE et coiffe) stabilisation.

*Réduction* ? FLEX ELEVATION RE avec traction axiale, puis ADD RI. Immobilisation avec attelle en RI

- GIRD = déficit de RI de la gléno-humérale : conflits +++ lors des lancers répétitifs, rétraction capsule ? Muscles ?



## COUDE

- Luxations : immobilisation en FLEX RI pour protection (3 semaines ?) puis récupération. La luxation postérieure étant la plus fréquente avec l'olécrane qui recule (chute sur la main (judo++)).

*Réduction* ? Traction avant bras coude fléchi, tout en contre forçant sur le bras pour maintenir en postérieur



# PEC KINÉ LIGAMENTAIRES

## Protocole PEACE&LOVE

PEC pré ou post op, ou TTt orthopédique ? Diffère selon gravité des lésions et selon immobilisation ou non (rétractions, flexums, raideurs +++)

Strap +++, KTAPE (maintien et/ou sur œdèmes ?)

Puis mobilisations dans toutes les amplitudes pour retrouver la ROM

Recentrage articulaire, mobilisations accessoires

→ Principes de stabilisations articulaires +++, passe par les muscles...

Proprioception : W sur mécano-récepteurs (neuromoteurs gamma) et encore : FNM et le contrôle moteur, contractions musculaires en progressif, CCO et/ou CCF (controversion)...

Techniques myotensives, balnéothérapie, tens pour la douleur ?

Diagonales de Kabat ? Pour ROM et muscles associés...

Lien musculaire +++ RENFO : isométrique, concentrique, excentrique...

# TENDINOPATHIES

Tendon : collagène type 1, résistance à la traction, transfère les forces via muscles, réduit dépense E pendant mouvement...  
Stress répétitif : tendinopathie, et réparation difficile voir impossible. Peu vascularisé. (4 stades)

## LÉSIONS MUSCULAIRES

Classifications via échographie de 0 à 4. Il faut un diagnostic clinique (de gravité)  
Triade = Contraction ? Etirement ? Palpation ? Selon gravité +/- (Hématome +++ , œdème +++ )  
48H de PEACE&LOVE puis reprise progressive. Pas d'AINS, pas de massage.. Mais drainage, mobilisations, étirements passifs infra douloureux, renfo, excentrique, réathlétisation. Si grave : chir.



## PIED TENDON D'ACHILLE

Test de Thompson pour rupture, sinon : inflammation et hypertrophie.  
Surtout chez foot et CAP, surtout chez hommes ~40ans... Propulsion.  
Pourquoi ? Entraînements mal adaptés, éléments biomécaniques, souplesse muscles chaîne post...  
Micro-trauma répétés ? Douleur qui augmente à l'exo, à l'étirement, à la palpation, TIBIAL POST associé ?  
Ou alors effort trop intense... Si rupture : chirurgie avec 6 semaines attelle équin adaptée.



## FASCIITE PLANTAIRE

Douleur région médiale plantaire du calca = inflammation.  
Entraînement +++ du coureur, ou piétinement (W), et influence de l'IMC >>, de la position du pied (écrasement voûte, position des genoux en relation, etc)? Chaîne musculaire post pas assez souple ?  
Finalement fasciite / épine calca → tendinopathie fléchisseurs orteils ?



# TENDINOPATHIES

## GENOU

### SDR / SFP / Tendinopathie Tendon Rotulien

Baisse de force musculaire ? Déséquilibre musculaire ? Chondropathie ? Contrôle de la rotule ? Morphologie de la trochlée / de la TTA / hyperlaxité / position de la rotule / tendance à la luxation...

(dysplasie / signe croisement / angle Q) MPFL associé ?....

= Jumper's knee : chronique sur sauts répétitifs avec stress excessif (volley, basket, running...)



**PLICA** : pli de membrane synoviale comme un reliquat embryologique : irritation capsulaire, ou pincement sur trauma.

Que faire ? RAS : PRICE, renfo comme SDR, voir chir si dérangeant +++

**SYNDROME DES LOGES** (chronique) Manque de fluidité entre les muscles, loges compressives. Surtout sur coureurs, surtout pour les muscles des MI, douleur à l'effort toujours au même moment, et persiste. Repos ? Adaptation ? Exam clinique et écho pour vérification, décontractants ? Toxine botulique ? Chir pour décharge en cas extrême...

### OSGOOD SCHLATTER

TTA (ados) !! Douleur comme SDR ciblée TR, œdème, douleur s'aggrave avec sport, pronostic très bon : trop de sport, croissance osseuse >> musculaire, tire sur le Q et la TTA. PEC ? PRICE, repos+++ et O.L

### ESSUIE GLACE, BANDELETTE ILIOTIBIALE

Face externe genou : coureur et cycliste +++ : friction oui ! mais compression tendon et bourse avec condyle fémoral externe surtout !! Souvent vers 30° de flexion, et à partir de X minutes de course (toujours même moment)

Cause ? Mouvements répétés, position bassin, hanche et angle Q, genou valgus varus, souplesse ?? (test Ober). Rééduc genou mais ne pas oublier cheville (voûte), hanche avec Fessiers, Pelvitroch = RE... Si PEC au début, conseils échauffements

hanche+++

# TENDINOPATHIES

## EPAULE

### CONFLIT SOUS ACROMIAL

Mouvements répétés, compression mécanique tendon du supra épineux, de la bourse... Douleur localisée, tests spécifiques du conflit en FLEX ABD RI (Neer Yocum Hawkins) Arc douloureux spécifique (60°/120° mais : derniers ° pour acromio-clav, 45°/120° pour gléno-hum)... Trapèze / Dentelé = mauvais équilibre ? Stabilisation dynamique perturbée. Désuétude et limitations AVQ +++, ne pas laisser sans vraie PEC

Et **GIRD** ? épaule du lanceur, stabilisation fonctionnelle impossible : déficit de RI de la gléno-humérale : conflits +++ lors des lancers répétitifs, rétraction capsule ? Oui mais : Déséquilibre ago antago, tension du trapèze sup, baisse schéma moteur...

### COIFFE ROTATEURS

(supra-épineux, infra-épineux, petit rond, sub-scapulaire (+/- LBiceps et grand rond))

Subscap : Gerber et Press Belly / Long Biceps : Yergason, palm up

Supra ép : Jobe (empty can), Drop arm / Infra ép et petit rond : Patte, Clairon, Portillon

Le plus affecté : supra épineux, starter de l'ABD = Limitations ABD et RE, mais si vraiment isolé, !\ aux compensations +++

Si rupture ? Protocole Liotard en post op épaule (finalement PEC post chir = ttt conservateur, respect mvmt lux et dlr)

Douleur à la palpation, à l'effort, AVQ impossibles, instabilité épaule ++...

**SLAP lésion** (Superior Labral Antero-Post Lesion) lésion labrum + rupture tendon long biceps : Chir ou TTt ortho renfo ?



### COUDE : GOLF et TENNIS ELBOW

Tennis : latéral = épicondylite (extenseurs) / Golf : médial = épitrochléite (fléchisseurs)

Mouvements répétés que ce soit au W ou au sport, muscles très spécifiques, renfo spécifique...



# PEC KINÉ TENDINOPATHIES

Triade clinique pour diagnostic ? étirement passif, contraction résistée, palpation...

Repos relatif au départ, sport en décharge : ralenti / adapté, puis reprise...

Conseils renfo à domicile +++ et hygiène de vie, alimentation, hydratation, chaussures, intensité...

+/- chir (si rupture, avec temps post op d'immob. relative (6 semaines consolidation du tendon ?))

PEC ESSENTIELLE : RENFO PROGRESSIF +++

Protocole Stanish +++ (étirement, charge, vitesse, douleur contrôle progression (ok en fin de série))

AINS ? Début douleur ok, mais pas efficace pour toutes. Et !\ baisse réparation, accoutumance ?

Infiltrations si chronique ? (CTC, Hyaluronique, voir PRP !), Tens ? Laser ? Anti inflammatoire et stimulation synthèse collagène... ODC ? Electrostim + biofeedback ? Mésothérapie ? Allyane ?...

Froid au début ou en crise inflammatoires, chaud après ?

Balnéo, étirements (controversés), éduc thérapeutique importante +++

RENFO Excentrique : Force sur tendon >>, donc augmente : remodelage, longueur de l'unité musculo tendineuse, synthèse collagène, flux sanguin ; baisse la douleur, oriente les fibres...

Et jusqu'à fonctionnel et réathlétisation.

Penser aux articulations sus et sous jacentes et donc au renfo autour, parfois placer patient pour enlever bi-articulaire, ou faire RE, RI, Flex pour W spécifique...



ITB Band runs the side of the leg and can cause pain at the side of the hip or at the patella

Pain here can mean:

Iliotibial band syndrome or ITB Band Syndrome

**Outside or Lateral part of the knee**

Pain on both sides of the knee cap or inside and outside parts can be:

- > Meniscus or ligament tears
- > Arthritis

FRONT AND SIDE COMMON KNEE PAIN CAUSES. DOES NOT COVER ALL KNEE PROBLEMS.

Quadriceps Tendinopathy

Pain at the knee cap that is worse walking down stairs can be:

- > Chondromalacia/ runner's knee/Patellofemoral pain
- > Patella or patella tracking
- > Bursitis, Arthritis

**Inside or Medial part of the knee**

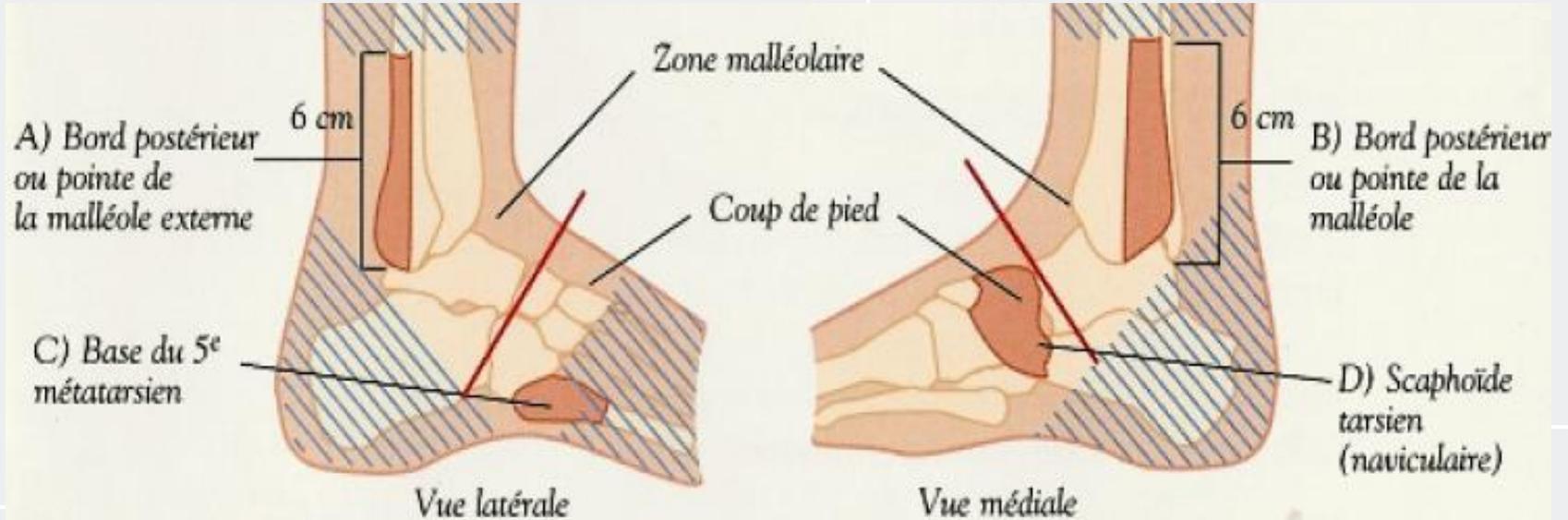
Pain on the inside (medial aspect) can be:

- > Medial meniscus tears,
  - > Medial collateral ligament injuries
  - > Arthritis of the joint
  - > Bursitis (Pes Anserine Bursa).
- Pain along the inside edge of the knee just below the knee cap

Pain below knee cap may be:

- > Osgood-Schlatter disease
- > Osteochondritis dissecans
- > Jumper's Knee
- > Patellofemoral instability

## CRITERES OTTAWA CHEVILLE



Avec âge > 55ans, quelques pas marché...

## ET LE DOS ?

Cervicalgies

Lombalgies

Hernies

Spondylolisthésis

Neuro associé (cruralgies sciatalgies pubalgies...)

PEC kiné spécifique selon gravité, selon imagerie (attention avis médical +++)

Mobilités +++ (auto-agrandissement, étirements statiques et dynamiques (en extension type McKenzie)), neurodynamique, renforcement +++ chaîne antérieure, postérieure, en torsion, et renforcement des muscles MI/MS associés !

**Le traitement c'est le mouvement !**

# AOMI : artériopathie oblitérante des MI

Petit + : on en a parlé en cours :

Que faire pour un diagnostic différentiel ? Si ce n'est pas MSQ, probablement pas neuro (tests spé !), qu'est-ce qui peut nous alerter sur un trouble vasculaire ?

Signes cutanés trophiques classiques d'alerte d'une phlébite :

Douleur, rougeur, chaleur, œdème... Peau luisante, durcissement des tissus,. Changements de couleur inhabituels (bleus violacés), sensation de lourdeur, parfois fièvre associée...

Faiblesse musculaire = en réalité **perte de force** sans réelle cause

Fourmillements

Âge du patient ? Signes de « comorbidité » alertant sur un possible trouble veineux ?

Attention aux carrefours veineux articulaires pincés, pliés, sursollicités pendant le sport (hanches et genoux au vélo par exemple)

→ On réoriente vers les médecins ...

**MERCI !**

**[sandrine.ballet@chu-lyon.fr](mailto:sandrine.ballet@chu-lyon.fr)**