

TOP 10

TESTS ORTHOPÉDIQUES

2017

FORMATION CONTINUE DE L'OCQ

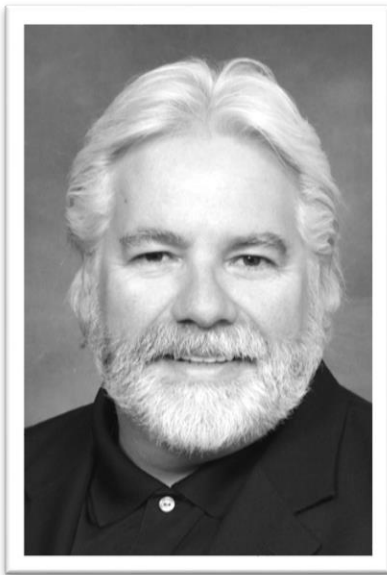
Joe Lemire, BSc (kin), MSc (ortho), DC, FCCS(c)

Pratique privée (1991 à 2008)

Consultant pour la CSST de la Saskatchewan (1995 à 2009)

Directeur de la Clinique universitaire de Chiropratique (2009 à 2016)

Professeur clinicien, Université du Québec à Trois-Rivières (2009 - présent)



Gradué du CMCC en 1991, obtention du statut de fellowship du Collège des sciences chiropratiques en 1994, et obtention d'une maîtrise en science en chirurgie orthopédique de l'Université de Saskatchewan en 1999.

Remerciements :

Patients simulés : Jessica Holmes, Yan Gauthier, Jordan Lemire et Marie-France Mercier

Examineurs : Dr D Hayes, chiropraticien, Dr J-D Marchand, chiropraticien et Jean-Philippe Bérubé, interne sénior

INTRODUCTION

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

SPÉCIFICITÉ VS SENSIBILITÉ D'UN TEST

Spécificité

Proportion de patients n'ayant pas la condition et un résultat négatif.

Cependant, les tests ayant une haute spécificité (test diagnostique) sont excellents pour confirmer la condition en question. Afin d'éviter les résultats « faux négatifs », l'acronyme SpPIn est utilisé pour démontrer qu'un test ayant une spécificité élevée (Sp) avec un résultat positif (P) est excellent pour confirmer (In) la présence de la condition recherchée.

Sensibilité

Proportion de patients ayant la condition et un résultat positif.

Cependant, les tests ayant une haute sensibilité (test de dépistage) sont excellent pour infirmer la condition en question. Afin d'éviter les résultats « faux positifs », l'acronyme SnNOut est utilisé pour démontrer qu'un test ayant une sensibilité élevée (Sn) avec un résultat négatif (N) est excellent pour infirmer (Out) la présence de la condition recherchée.

SnNOut vs SpPIn



Donc, plus la spécificité d'un test est élevée (figure 1 : cut-off point près de 100%), plus il y aura des résultats « faux négatifs » qui seront recrutés dans le groupe sans la condition. Alors que, plus la sensibilité d'un test est élevée (figure 1 : cut-off point près de 100%), plus il y aura de résultats « faux positifs » qui seront inclus dans le groupe avec la condition.

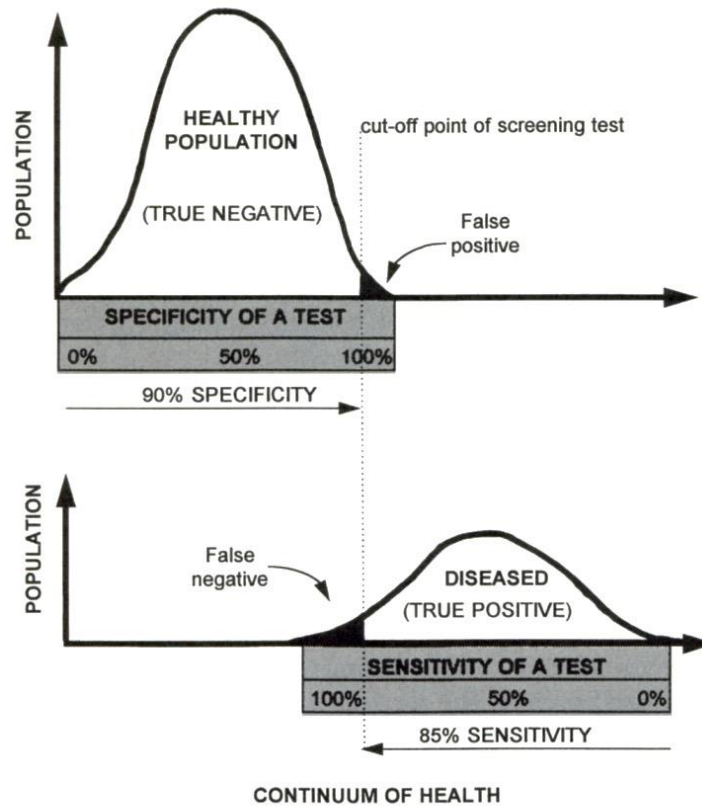


FIGURE 5.
Nondiseased vs. diseased population distribution.

Figure 1 : Zone de chevauchement des distributions des gens en santé et des gens malades.

Référence

Lemire J. Postural screening in chiropractic practice. *Advances in Chiropractic*. Mosby-Year Book Inc. Vol 3,1996:2-21.

RADICULOPATHIE CERVICALE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

1- RÈGLE DE PRÉDICTION CLINIQUE DE WAINNER POUR UNE RADICULOPATHIE CERVICALE

QUATRE CRITÈRES DE PRÉDICTION:

1. ROTATION CERVICALE < 60°
2. TEST DE COMPRESSION DE SPURLING
3. TEST DE DÉCOMPRESSION DU RACHIS CERVICAL
4. TEST DE MISE EN TENSION DU MEMBRE SUPÉRIEUR

# de tests	SENSIBILITÉ	SPÉCIFICITÉ
2 sur 4	39%	56%
3 sur 4	39%	94%
4 sur 4	24%	99%

Interprétation

Trois critères positifs sur quatre confirment une radiculopathie cervicale.

Référence

Wainner RS, et al. Reliability and diagnostic accuracy of the clinical examination and patient self-report measures for cervical radiculopathy. Spine. 2003;28(1):52-62.

RADICULOPATHIE CERVICALE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

2 – DÉCOMPRESSION CERVICALE

SENSIBILITÉ : 40-44%

SPÉCIFICITÉ : 90-100%



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal. On applique une force de 7 kg en tirant sur l'occiput avec une légère flexion de la nuque.

Interprétation

Le test est positif si l'irradiation dans le bras diminue.

Avec une spécificité élevée entre 90-100%, si le test est positif, il confirme une radiculopathie cervicale.

Référence

Wainner RS, et al. Reliability and diagnostic accuracy of the clinical examination and patient self-report measures for cervical radiculopathy. Spine. 2003;28(1):52-62.

RADICULOPATHIE CERVICALE

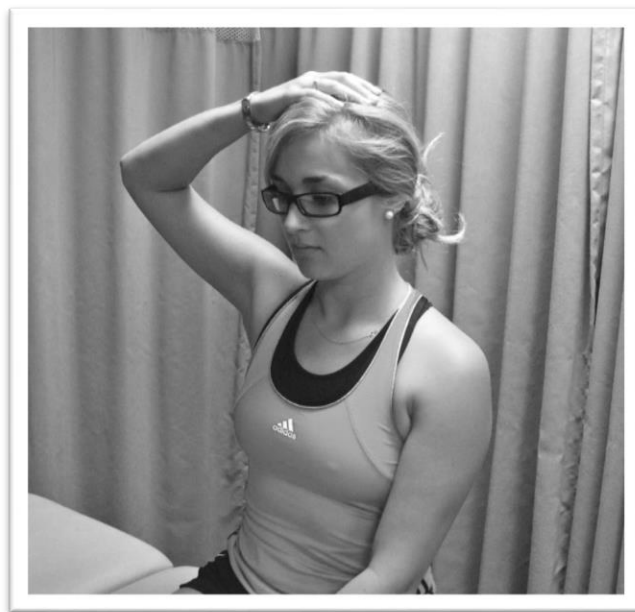
TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

3 - L'ABDUCTION DE L'ÉPAULE

Autre nom : SIGNE DE BAKODY

SENSIBILITÉ : 17-68%

SPÉCIFICITÉ : 80-92%



Procédure

Le patient est assis et on lui demande de placer sa main sur sa tête.

Interprétation

Le test est positif si l'irradiation dans le bras diminue.

Avec une spécificité élevée entre 80-92%, si le test est positif, il confirme une radiculopathie cervicale.

Référence

Davidson R, Dunn E, Metzmaker J. The shoulder abduction test in the diagnosis of radicular pain in cervical extradural compression monoradiculopathies. Spine. 1981;6:441-445.

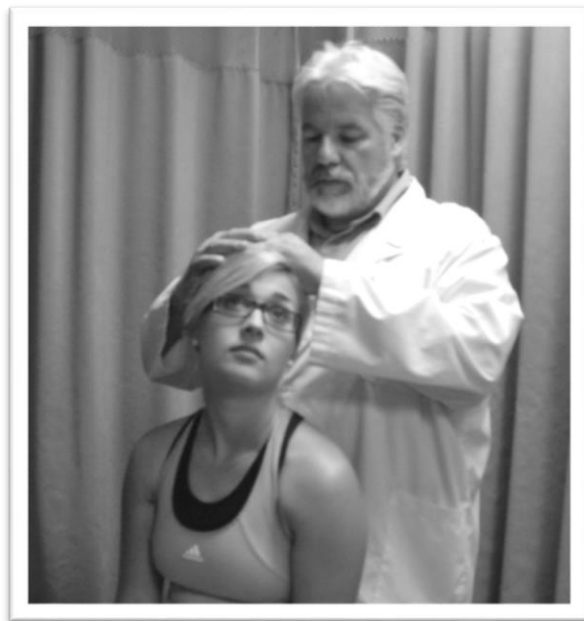
RADICULOPATHIE CERVICALE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

4 - COMPRESSION DE SPURLING

SENSIBILITÉ : 11-100%

SPÉCIFICITÉ : 74-100%



Procédure

Le patient est assis, le cou est placé en extension suivi d'une rotation. Une légère compression de 7 kg est appliquée.

Interprétation

Le test est positif si les symptômes sont reproduits, par une irradiation dans le bras du même côté que la rotation. Avec une spécificité élevée entre 74-100%, si le test est positif, il confirme une radiculopathie cervicale.

Référence

Spurling RG, Scoville WB. Lateral rupture of the cervical intervertebral disc. Surg Gynecol Obstet. 1944;78:350-358.

RADICULOPATHIE CERVICALE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

5 - COMPRESSION DE JACKSON

Autre nom : HYPEREXTENSION CERVICALE

SENSIBILITÉ : 25-27%

SPÉCIFICITÉ : 90%



Procédure

Le patient est assis et on lui demande de faire une extension de la nuque.

Interprétation

Le test est positif si les symptômes dans le bras sont reproduits. Avec une spécificité élevée de 90%, si le test est positif, il confirme une radiculopathie cervicale.

Référence

Uchihara T, et al. Compression of brachial plexus as a diagnostic test of cervical cord lesion. Spine. 1994;19(19):2170-2173.

RADICULOPATHIE CERVICALE

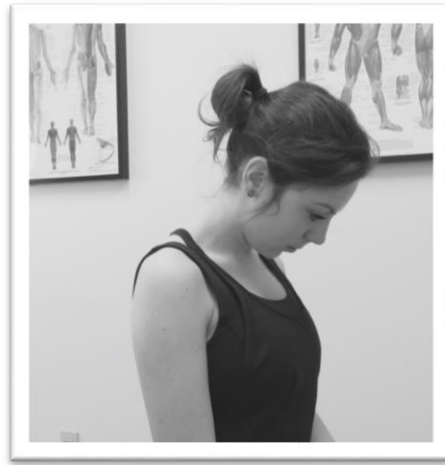
TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

6 – SIGNE DE LHERMITTE

Autre nom : BARBER CHAIR PHENOMENON

SENSIBILITÉ : 3%

SPÉCIFICITÉ : 97%



Procédure

On demande au patient de faire une flexion de la nuque.

Interprétation

Le test est positif si le patient ressent des paresthésies dans les membres ou une sensation de courant électrique entre les omoplates. Avec une spécificité élevée de 97%, si le test est positif, il confirme une condition, comme une myélopathie cervicale ou un symptôme précoce de la sclérose en plaque.

Référence

Lhermitte JJ, Bollak NM. Les douleurs à type décharge électrique consécutives à la flexion céphalique dans la sclérose en plaques. Un cas de la sclérose multiple. *Revue neurologique* 1924;2:56-57.

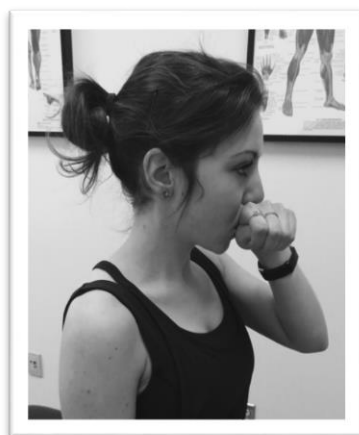
RADICULOPATHIE CERVICALE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

7 – MANOEUVRE DE VALSALVA

SENSIBILITÉ : 22 %

SPÉCIFICITÉ : 94 %



Procédure

Le patient est assis. On demande au patient de souffler sur sa main pendant quelques secondes en gardant les lèvres hermétiquement scellées afin de créer une augmentation de la pression intrathécal.

Interprétation

Le test est positif si les symptômes sont reproduits.

Avec une spécificité élevée de 94%, si le test est positif, il confirme une lésion occupant l'espace au niveau de la moelle épinière, soit par une hernie discale centrale ou une tumeur.

Référence

Wainner RS, et al. Reliability and diagnostic accuracy of the clinical examination and patient self-report measures for cervical radiculopathy. Spine. 2003;28(1):52-62.

RADICULOPATHIE CERVICALE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

8 - MISE EN TENSION DU NERF MÉDIAN ET DE LA CORDE MÉDIALE

SENSIBILITÉ : 72-97%

SPÉCIFICITÉ : 22-94%



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal. La mise en tension se fait en maintenant l'épaule en abduction à 110°, suivi d'une supination de l'avant-bras avec l'extension du poignet et du coude. On demande au patient de faire une flexion contre-latérale de la nuque.

Interprétation

Le test est positif si les symptômes dans le bras sont reproduits. Avec une sensibilité élevée entre 72-97%, si le test est négatif, il infirme une radiculopathie cervicale.

Référence

Wainner RS, et al. Reliability and diagnostic accuracy of the clinical examination and patient self-report measures for cervical radiculopathy. Spine. 2003;28(1):52-62.

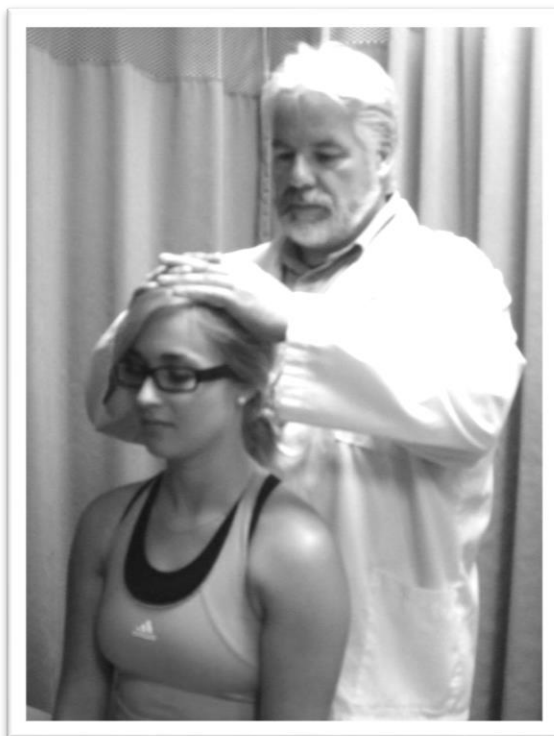
RADICULOPATHIE CERVICALE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

9 – COMPRESSION AXIALE

SENSIBILITÉ : ? %

SPÉCIFICITÉ : ? %



Procédure

Le patient est assis. On exerce une pression graduelle sur la tête du patient.

Interprétation

Le test est positif si les symptômes sont reproduits.

Référence

Bertilson B, et al. Reliability of clinical tests in the assessment of patients with neck/shoulder problems - impact of history. Spine. 2003;19:2222-2231.

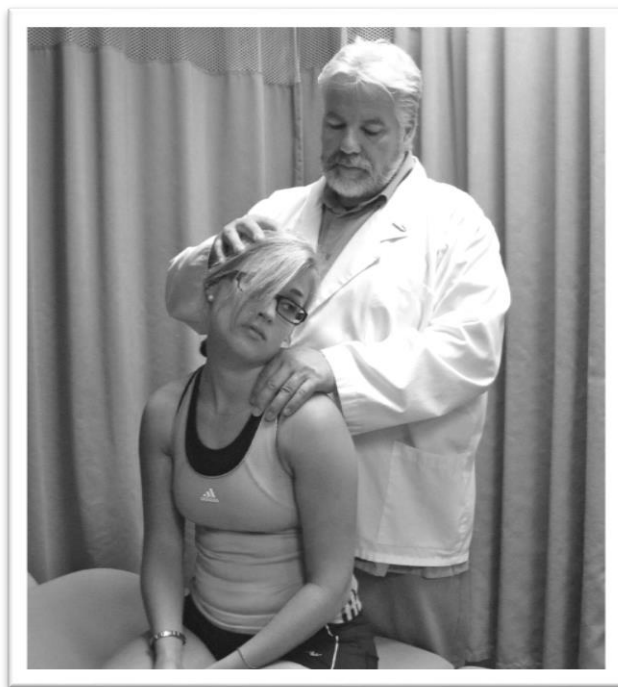
RADICULOPATHIE CERVICALE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

10 - TEST CERVICAL DE KEMPS

SENSIBILITÉ : 1 %

SPÉCIFICITÉ : 1 %



Procédure

Le patient est assis. On introduit une flexion, rotation et extension du rachis cervicale et on ajoute une compression.

Interprétation

Le test est positif s'il y a reproduction des symptômes au cou ou dans le bras.

Référence

Pas d'étude pour démontrer la validité du test.

STÉNOSE CENTRALE LOMBAIRE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

1 – RÈGLE DE PRÉDICTION CLINIQUE DE COOK POUR LA STÉNOSE CENTRALE LOMBAIRE

CINQ CRITÈRES DE PRÉDICTION:

1. SYMPTÔMES DANS LES DEUX JAMBES
2. DOULEUR AUX JAMBES PLUS INTENSE QUE DOULEUR LOMBAIRE
3. DOULOUREUX MARCHER OU D'ÊTRE DEBOUT
4. SOULAGEMENT EN POSITION ASSISE
5. ÂGE > 50 ans

# de tests	SENSIBILITÉ	SPÉCIFICITÉ
4 sur 5	6%	98%

Interprétation

Quatre critères positifs sur cinq confirment une sténose centrale lombaire.

Référence

Wainner RS, et al. Reliability and diagnostic accuracy of the clinical examination and patient self-report measures for cervical radiculopathy. Spine. 2003;28(1):52-62.

RADICULOPATHIE LOMBAIRE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

2 – ÉLÉVATION DE LA JAMBE TENDUE

Autres noms : STRAIGHT LEG RAISE, LASEGUE

SENSIBILITÉ : 16-98 %

SPÉCIFICITÉ : 10-89 %



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal. On fléchit passivement la hanche en gardant le genou de la jambe symptomatique en extension.

Interprétation

Le test est positif si les symptômes sont reproduits dans la jambe élevée. Très peu de valeur diagnostique pour une radiculopathie lombaire.

Référence

Vroomen PC. et al. Diagnostic value of history and physical examination in patients suspected of lumbosacral nerve root compression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2002;72(5):630-634.

RADICULOPATHIE LOMBAIRE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

3 – ÉLÉVATION DE LA JAMBE ASYMPTOMATIQUE

Autres noms : WELL LEG RAISE, CROSS STRAIGHT LEG RAISE

SENSIBILITÉ : 23-43 %

SPÉCIFICITÉ : 88-100 %



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal. On fléchit passivement la hanche de la jambe asymptotique en gardant le genou en extension.

Interprétation

Le test est positif si les symptômes sont reproduits dans la jambe opposée. Avec une spécificité élevée entre 88-100%, si le test est positif, il confirme une radiculopathie lombaire du côté opposé.

Référence

Kosteljanetz M. et al. Predictive value of clinical and surgical findings in patients with lumbago-sciatica: a prospective study (part 1). Acta Neurochirurgica. 1984;73:67-76.

RADICULOPATHIE LOMBAIRE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

4 – SIGNE DE BRAGARD

SENSIBILITÉ : ? %

SPÉCIFICITÉ : ? %



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal. On fléchit passivement la hanche en gardant le genou de la jambe symptomatique en extension. Une fois que le patient manifeste de la douleur dans la jambe, on abaisse la jambe de 5-10° afin de diminuer les symptômes, puis on amène la cheville en dorsiflexion.

Interprétation

Le test est positif si la dorsiflexion de la cheville reproduit les symptômes dans la jambe.

Référence

Pas d'étude pour démontrer la validité du test.

RADICULOPATHIE LOMBAIRE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

5 – SIGNE DE HINDMAN

SENSIBILITÉ : 82-94 %

SPÉCIFICITÉ : 16-38 %



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal. On fléchit passivement la hanche en gardant le genou de la jambe symptomatique en extension. On demande au patient de faire une flexion de la nuque. Afin d'accentuer les symptômes, on peut introduire une dorsiflexion de la cheville.

Interprétation

Le test est positif si les symptômes sont reproduits dans la jambe symptomatique. Avec une sensibilité élevée entre 82-94%, si le test est négatif, il infirme une radiculopathie lombaire.

Référence

Deville W.L. et al. The test of Lasegue: systemic review of the accuracy in diagnosing herniated discs. Spine. 2000;25(9):1140–1147.

RADICULOPATHIE LOMBAIRE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

6 – TEST DE BOWSTRING

Autre nom : SIGNE DE LA CORDE D'ARC

SENSIBILITÉ : ? %

SPÉCIFICITÉ : ? %



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal. On fléchit passivement la hanche en gardant le genou de la jambe symptomatique fléchi. Afin d'accentuer les symptômes, on applique une pression avec les pouces dans la fosse poplitée, ainsi qu'une légère élévation du pied avec un mouvement de l'épaule vers le haut.

Interprétation

Le test est positif si les symptômes sont reproduits dans la jambe symptomatique.

Référence

Pas d'étude pour démontrer la validité du test.

HAUTE RADICULOPATHIE LOMBAIRE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

7 – TENSION DU NERF FÉMORAL

Autre nom : FEMORAL NERVE TENSION TEST

SENSIBILITÉ : 84 %

SPÉCIFICITÉ : 1 %



Procédure

Le patient est en décubitus ventral ou sur le côté. On fléchit passivement le genou de la jambe symptomatique, suivi d'une extension de la hanche.

Interprétation

Le test est positif si les symptômes sont reproduits dans la jambe. Avec une sensibilité élevée de 84%, si le test est négatif, il infirme une radiculopathie impliquant le nerf fémoral.

Référence

Porchet F. et al. Extreme lateral lumbar disc herniation : clinical presentation in 178 patients. Acta Neurochirurgica. 1994;127(3-4):203-209.

DOULEUR FACETTAIRE LOMBAIRE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

8 – TEST LOMBAIRE DE KEMPS

Autre nom : EXTENSION QUADRANT TEST

SENSIBILITÉ : 70 %

SPÉCIFICITÉ : 1 %



Procédure

Le patient est debout. On provoque une extension du rachis lombaire suivi d'une rotation.

Interprétation

Le test est positif si les symptômes sont reproduits. Présentement, la littérature ne recommande pas l'utilisation du test de Kemp's, car le test est non validé pour le diagnostic d'une douleur facettaire lombaire.

Référence

Stuber K. et al. The diagnostic accuracy of the Kemp's test : a systematic review. JCCA. 2014 Sep;58(3):258-267.

DOULEUR FACETTAIRE LOMBAIRE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

9 – TEST LOMBAIRE DE KEMPS ASSIS

Autre nom : TEST D'EXTENSION ET ROTATION LOMBAIRE

SENSIBILITÉ : 100 %

SPÉCIFICITÉ : 12-22 %



Procédure

Le patient est assis. On provoque une extension du rachis lombaire suivi d'une rotation.

Interprétation

Le test est positif si les symptômes sont reproduits du côté ipsilatéral à la rotation. Avec une sensibilité élevée de 100%, si le test est négatif, il infirme une douleur provenant des facettes lombaires.

Référence

Schwarzer AC. et al. Pain from the lumbar zygapophyseal joints: a test of two models. J Spinal Disord. 1994;7:331-336.

INSTABILITÉ SEGMENTAIRE LOMBAIRE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

10 – TEST D'INSTABILITÉ LOMBAIRE

SENSIBILITÉ : 61 %

SPÉCIFICITÉ : 57 %



Procédure

Le patient est en décubitus ventral. On applique une force antéro-postérieure sur le rachis lombaire afin de provoquer une douleur. Une fois la douleur reproduite, on maintient la pression et on demande au patient d'élever les deux jambes.

Interprétation

Le test est positif si les symptômes sont diminués lors de l'élévation des deux jambes. Très peu de valeur diagnostic pour une instabilité segmentaire lombaire.

Référence

Fritz JM. et al. Accuracy of the clinical examination to predict radiographic instability of the lumbar spine. Eur Spine. 2005;14(8): 743-750.

PROVOCATION DE LA DOULEUR DU SACROILIAQUE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

1- REGROUPEMENT DE TESTS DE LASLETT DE PROVOCATION DE LA DOULEUR DU SACRO-ILIAQUE

CINQ TESTS DE PROVOCATION DE LA DOULEUR DU SI:

1. TEST D'ÉCARTEMENT DU SI

2. TEST DE THIGH THRUST

3. TEST DE GAENSLER

4. TEST DE COMPRESSION DU SI

5. TEST DU POUSSÉE DE L'APEX SACRÉ

# de tests	SENSIBILITÉ	SPÉCIFICITÉ
3 sur 5	91%	87%

Interprétation

Trois tests positifs sur cinq confirment une dysfonction de l'articulation du sacro-iliaque. Avec une spécificité élevée de 87%, s'il y a trois tests positifs, cela confirme une dysfonction du sacro-iliaque.

Référence

Laslett M, et al. Diagnosing painful sacroiliac joints : A validity study of a McKenzie evaluation and sacroiliac provocation tests. Australian J Physiotherapy. 2003 :49:89-97.

PROVOCATION DE LA DOULEUR DU SACRO-ILIAQUE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

2 – TEST D'ÉCARTEMENT DU SI

Autres noms : GAPPING TEST, DISTRACTION TEST

SENSIBILITÉ : 4-60 %

SPÉCIFICITÉ : 74-100 %



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal. On applique une force sur les deux épines iliaques antéro-supérieures dans une direction postéro-latérale.

Interprétation

Le test est positif si les symptômes sont reproduits. Avec une spécificité élevée entre 74-100%, un test positif confirme une dysfonction du SI.

Référence

Ozgoçmen S. et al. The value of sacroiliac pain provocation tests in early active sacroilitis. Clin Rheumatol. 2008;27: 1275–1282.

PROVOCATION DE LA DOULEUR DU SACRO-ILIAQUE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

3 – TEST THIGH THRUST DU SI

Autres noms : SACROTUBEROUS STRESS TEST

SENSIBILITÉ : 36-93 %

SPÉCIFICITÉ : 50-100 %



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal avec la hanche fléchie à 90°. On place une main sous le sacrum et on applique une force sur le genou en descendant vers la table.

Interprétation

Le test est positif si les symptômes sont reproduits. Avec une spécificité très variable entre 50-100%, ce test ne doit pas être fait en isolation, mais plutôt parmi un regroupement de tests.

Référence

Laslett M, et al. Diagnosis of sacroiliac joint pain: validity of individual provocation tests and composites of tests. *Manual Ther.* 2005;10:207-218.

PROVOCATION DE LA DOULEUR DU SACRO-ILIAQUE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

4 – TEST DE GAENSLÉN

SENSIBILITÉ : 36-71 %

SPÉCIFICITÉ : 26-80 %



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal. La jambe du côté de la provocation de la douleur est fléchie au maximum, tandis que la jambe opposée reste en extension. On applique une force sur la jambe fléchie et la jambe opposée.

Interprétation

Le test est positif si les symptômes sont reproduits. Avec une spécificité très variable entre 26-80%, ce test ne doit pas être fait en isolation, mais plus tôt parmi un regroupement de test.

Référence

Laslett M, et al. Diagnosis of sacroiliac joint pain: validity of individual provocation tests and composites of tests. *Manual Ther.* 2005;10:207-218.

PROVOCATION DE LA DOULEUR DU SACRO-ILIAQUE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

5 – TEST DE COMPRESSION

SENSIBILITÉ : 22-69 %

SPÉCIFICITÉ : 63-100 %



Procédure

Le patient est couché sur le côté asymptomatique. On prend contact sur la crête iliaque et on applique une force vers la table à travers l'ilium pendant 30 secondes.

Interprétation

Le test est positif si les symptômes sont reproduits. Avec une spécificité très variable entre 63-100%, ce test ne doit pas être fait en isolation, mais plutôt parmi un regroupement de tests.

Référence

Laslett M, et al. Diagnosis of sacroiliac joint pain: validity of individual provocation tests and composites of tests. *Manual Ther.* 2005;10:207-218.

PROVOCATION DE LA DOULEUR DU SACRO-ILIAQUE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

6 – TEST DU POUSSÉE DE L'APEX

SENSIBILITÉ : 33-63 %

SPÉCIFICITÉ : 29-89 %



Procédure

Le patient est en décubitus ventral. On prend contact sur le troisième processus épineux du sacrum et on applique une force vigoureuse vers la table (4-6x).

Interprétation

Le test est positif si les symptômes sont reproduits. Avec une spécificité très variable entre 29-89%, ce test ne doit pas être fait en isolation, mais plutôt parmi un regroupement de tests.

Référence

Laslett M, et al. Diagnosis of sacroiliac joint pain: validity of individual provocation tests and composites of tests. *Manual Ther.* 2005;10:207-218.

PROVOCATION DE LA DOULEUR DU SACRO-ILIAQUE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

7 – TEST DE PATRICK

Autre nom : TEST DE FABERE (Flexion-ABduction-Et-Rotation Externe)

SENSIBILITÉ : 41-99 %

SPÉCIFICITÉ : 71-100 %



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal. La hanche du côté symptomatique est placée en flexion, abduction et rotation externe en plaçant la malléole externe sur la jambe opposée. On stabilise le bassin avec un contact sur l'EIAS, puis on applique une force vers le sol avec la main sur le genou.

Interprétation

Le test est positif pour une dysfonction du SI, si la douleur est ressentie dans la fesse. Une douleur à l'aîne suggère une pathologie de la hanche.

Référence

Cook CE, Hegedis EJ. Orthopedic Physical Examination Tests. Pearson Education Inc. Second Ed. Jan 2013 p383

PROVOCATION DE LA DOULEUR DU SACRO-ILIAQUE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

8 – TEST DE YEOMAN

SENSIBILITÉ : ? %

SPÉCIFICITÉ : ? %



Procédure

Le patient est en décubitus ventral. On prend contact sur l'épine iliaque postéro-supérieure. On applique une force sur l'EIPS tout en soulevant la jambe en extension.

Interprétation

Le test est positif si la douleur de l'articulation sacro-iliaque est reproduite du côté évalué.

Référence

Pas d'étude pour démontrer la validité du test.

PROVOCATION DE LA DOULEUR DU SACRO-ILIAQUE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

9 – TEST DE ERICHSEN

SENSIBILITÉ : ? %

SPÉCIFICITÉ : ? %



Procédure

Le patient est en décubitus ventral. On prend contact sur les épines iliaques postéro-supérieures. On applique une force inféro-médiale sur les EIPS.

Interprétation

Le test est positif si la douleur de l'articulation sacro-iliaque est reproduite.

Référence

Pas d'étude pour démontrer la validité du test.

PROVOCATION DE LA DOULEUR DU SACRO-ILIAQUE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

10 – TEST DE GOLDTHWAIT

SENSIBILITÉ : 1 %

SPÉCIFICITÉ : 1 %



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal. On prend contact sur le rachis lombaire. Lors de l'élévation passive de la jambe, on évalue de changement de la lordose lombaire.

Interprétation

Le test est positif pour une dysfonction du SI, si les symptômes sont reproduits avant la disparition de la lordose lombaire.

Référence

Pas d'étude pour démontrer la validité du test.

ÉPAULE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

REGROUPEMENT DE TESTS DE MICHENER POUR LE SYNDROME DU CONFLIT SOUS-ACROMIAL

Autres noms : SYNDROME D'ACCROCHAGE DE L'ÉPAULE, IMPINGEMENT

CINQ TESTS :

1. TEST DE HAWKINS

2. TEST DE NEER

3. TEST DE L'ARC DOULOUREUX

4. TEST DE LA CANETTE VIDE

5. TEST DE ROTATION EXTERNE DE L'ÉPAULE

# de tests	SENSIBILITÉ	SPÉCIFICITÉ
3 sur 5	75%	74%

Interprétation

Trois tests positifs sur cinq.

Avec une spécificité de 74%, s'il y a trois tests positifs, cela suggère un conflit sous-acromial de l'épaule.

Référence

Michener LA, et al. Reliability and diagnostic accuracy of 5 physical examination tests and combination of tests for subacromial impingement. *Arc Phys Med Rehabil.* Nov 2009 ;90(11):1898-1903.

SYNDROME DU CONFLIT SOUS-ACROMIAL

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

1 – TEST DE HAWKINS

SENSIBILITÉ : 50-100 %

SPÉCIFICITÉ : 25-67 %



Procédure

On place le bras du patient en flexion de l'épaule à 90°.
On applique une rotation interne.

Interprétation

Le test est positif si la douleur est reproduite.
Avec une spécificité très variable entre 25-67%, ce test ne doit pas être fait en isolation, mais plutôt parmi un regroupement de tests.

Référence

Michener LA, et al. Reliability and diagnostic accuracy of 5 physical examination tests and combination of tests for subacromial impingement. *Arc Phys Med Rehabil.* Nov 2009 ;90(11):1898-1903.

SYNDROME DU CONFLIT SOUS-ACROMIAL

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

2 – TEST DE NEER

SENSIBILITÉ : 0-89 %

SPÉCIFICITÉ : 0-100 %



Procédure

On place le bras du patient en flexion maximale de l'épaule en appliquant une force à la fin de la flexion.

Interprétation

Le test est positif si la douleur est reproduite.

Avec une spécificité très variable entre 0-100%, ce test ne doit pas être fait en isolation, mais plutôt parmi un regroupement de tests.

Référence

Michener LA, et al. Reliability and diagnostic accuracy of 5 physical examination tests and combination of tests for subacromial impingement. *Arc Phys Med Rehabil.* Nov 2009 ;90(11):1898-1903.

SYNDROME DU CONFLIT SOUS-ACROMIAL

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

3 – ARC DOULEUREUX

SENSIBILITÉ : 30-98 %

SPÉCIFICITÉ : 4-81 %



Procédure

On place le bras du patient en abduction de l'épaule à 170°.
On demande au patient de descendre son bras lentement.

Interprétation

Le test est positif si la douleur est reproduite entre 120°-60°.
Avec une spécificité très variable entre 4-81%, ce test ne doit pas être fait en isolation, mais plutôt parmi un regroupement de tests.

Référence

Bak K et al. The value of clinical tests in acute full-thickness tears of the supraspinatus tendon: does a subacromial lidocaine injection help in the clinical diagnosis. A prospective study. *Arthroscopy*. Jun 2010;26(6):734-742.

SYNDROME DU CONFLIT SOUS-ACROMIAL

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

4 – TEST DE LA CANETTE VIDE/PLEINE

SENSIBILITÉ : 44-99 %

SPÉCIFICITÉ : 33-91 %



Procédure

On place le bras du patient à 90° en abduction dans le plan de la scapula avec le pouce vers le bas (pouce vers le haut pour le test de la canette pleine). On demande au patient de maintenir la position contre résistance.

Interprétation

Le test est positif si le patient a de la douleur ou une faiblesse. Avec une spécificité très variable entre 33-91%, ce test ne doit pas être fait en isolation, mais plutôt parmi un regroupement de tests.

Référence

Kelly SM et al. The value of physical tests for subacromial impingement syndrome: A study of diagnostic accuracy. Clin Rehabil. Feb 2010;24(2):149-158.

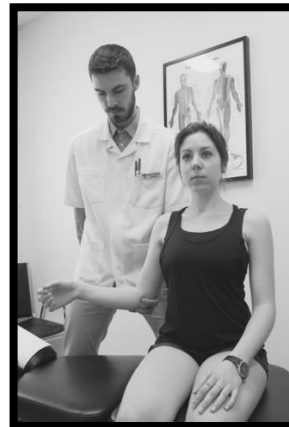
SYNDROME DU CONFLIT SOUS-ACROMIAL

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

5 – ROTATION EXTERNE DE L'ÉPAULE

Autre nom : EXTERNAL ROTATION LAG SIGN

SENSIBILITÉ : 20-100 % SPÉCIFICITÉ : 88-100 %



Procédure

On place le bras du patient à 20° de rotation externe et on lui demande de maintenir la position.

Interprétation

Le test est positif si le patient ne peut maintenir la position.
Avec une spécificité élevée entre 88-100%, si le test est positif, il confirme une lésion du complexe supra-épineux/infra-épineux.

Référence

Bak K et al. The value of clinical tests in acute full-thickness tears of the supraspinatus tendon: does a subacromial lidocaine injection help in the clinical diagnosis. A prospective study. Arthroscopy. Jun 2010;26(6):734-742.

LÉSION DU BICEPS BRACHIAL

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

6 – TEST DE YERGASON

SENSIBILITÉ : 9-50 %

SPÉCIFICITÉ : 70-96 %



Procédure

Le patient est assis ou debout avec le coude fléchi à 90° et le bras en pronation. On place une main sur l'épaule afin de détecter un craquement au niveau de la gouttière bicipitale. On demande au patient de faire une supination comme s'il ouvrait la couverture d'un livre, pendant que l'on crée une résistance au mouvement.

Interprétation

Le test est positif si la douleur est ressentie dans la région de la gouttière bicipitale. Avec une spécificité élevée entre 70-96%, si le test est positif, il confirme une lésion du biceps brachial.

Référence

Kibler WB, et al. Clinical utility of traditional and new tests in the diagnosis of biceps tendon injuries and superior labrum anterior and posterior lesions in the shoulder. Am J Sports Med. 2009;37(9):1840-1847.

LÉSION DU BOURRELET GLÉNOÏDIEN

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

7 – TEST DE MISE EN TENSION DU MUSCLE BICEPS BRACHIAL

Autre nom : BICEPS LOAD TEST II

SENSIBILITÉ : 90 %

SPÉCIFICITÉ : 97 %



Procédure

On supporte le bras du patient qui est en abduction à 90° et le coude fléchi à 90°, pendant que l'autre main tient le poignet du patient en supination. On exécute une rotation externe du bras et s'arrête lorsque le patient manifeste une crainte face à la douleur. C'est à ce moment-là qu'on demande au patient de fléchir son bras vers lui contre résistance.

Interprétation

Le test est positif si les symptômes sont reproduits.

Avec une spécificité élevée de 97%, si le test est positif, il confirme une lésion du labrum.

Référence

Kim SH, et al. Biceps load test II : A clinical test for SLAP lesions of the shoulder. *Arthroscopy*. Feb 2001;17(2):160-164.

LÉSION DU MUSCLE LE PETIT ROND

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

8 – TEST DU HORNBLOWER

SENSIBILITÉ : 100 % SPÉCIFICITÉ : 93 %



Procédure

On place le bras du patient en abduction à 90° avec le coude fléchi à 90°. On demande au patient de faire une rotation externe du bras contre résistance.

Interprétation

Le test est positif si le patient démontre une faiblesse.

Avec une spécificité élevée de 93%, si le test est positif, il confirme une lésion du muscle petit rond.

Référence

Walch G et al. The « dropping » and « Hornblower's » signs in evaluation of rotator-cuff tears. J Bone Joint Surg Br. Jul 1998;80(4):624-628.

LÉSION DU MUSCLE SOUS-SCAPULAIRE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

9 – TEST DE ROTATION INTERNE

Autre nom : INTERNAL ROTATION LAG SIGN

SENSIBILITÉ : 31-100 % SPÉCIFICITÉ : 84-96 %



Procédure

On place le bras du patient en rotation interne derrière son dos et on lui demande de maintenir la position sans toucher à son dos.

Interprétation

Le test est positif si le patient ne peut maintenir la position. Avec une spécificité élevée entre 84-96%, si le test est positif, il confirme une lésion du muscle sous-scapulaire.

Référence

Miller CA et al. The validity of the lag signs in diagnosing full-thickness tears of the rotator cuff: a preliminary investigation. Arch Phys Med Rehabil. Jun 2008;89(6):1162-1168.

LÉSION DE LA COIFFE DES ROTATEURS

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

10 – SIGNE DE L'ABAISSEMENT DU BRAS

Autre nom : DROP ARM TEST

SENSIBILITÉ : 8-74 %

SPÉCIFICITÉ : 66-100 %



Procédure

On place le bras du patient en abduction de l'épaule à 90° et on lui demande au patient de maintenir la position.

Interprétation

Le test est positif si le patient ne peut maintenir son bras à 90°. Avec une spécificité entre 66-100%, ce test peut suggérer une lésion de la coiffe des rotateurs.

Référence

Park HB et al. Diagnosis accuracy of clinical tests for the different degrees of subacromial impingement syndrome. J Bone Joint Surg Am. Jul 2005;87(7):1446-1455.

LE BRAS -COMPRESSION DU N. MÉDIAN

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

CONDITIONS RESPONSABLES DES FAIBLESSES OU ENGOURDISSEMENTS À LA MAIN

QUATRE CONDITIONS :

- 1. SYNDROME DU CANAL CARPIEN**
- 2. SYNDROME DU ROND PRONATEUR**
- 3. SYNDROME DU LIGAMENT DE STRUTHER**
- 4. SYNDROME DU NERF INTEROSSEUX ANTÉRIEUR**



SYNDROME DU CANAL CARPIEN

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

1- TEST DE COMPRESSION DU N. MÉDIAN

SENSIBILITÉ : 5-89 %

SPÉCIFICITÉ : 25-99 %



Procédure

Le poignet du patient est en position neutre ou en légère flexion. On applique une compression sur le rétinaculum des fléchisseurs du poignet au-dessus du nerf médian.

Interprétation

Le test est positif si les **symptômes de paresthésie sont reproduits**. Avec une spécificité très variable entre 25-99%, ce test ne doit pas être fait en isolation, mais plutôt parmi un regroupement de tests.

Référence

Tetro AM et al. A new provocative test for carpal tunnel syndrome: assessment of wrist flexion and nerve compression. J Bone Joint Surg Br. 1998;80:493-498.

SYNDROME DU CANAL CARPIEN

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

2- TEST DE PERCUSSION DE TINEL

SENSIBILITÉ : 23-97 %

SPÉCIFICITÉ : 31-100 %



Procédure

Le poignet du patient est en position neutre. Avec un marteau réflexe on applique une percussion (4-6x) sur le rétinaculum des fléchisseurs du poignet au-dessus du nerf médian.

Interprétation

Le test est positif si les **symptômes de paresthésie sont reproduits**. Avec une spécificité très variable entre 31-100%, ce test ne doit pas être fait en isolation, mais plutôt parmi un regroupement de tests.

Référence

Gunnarson LG et al. The diagnosis of carpal tunnel syndrome: sensitivity and specificity of some clinical and electrophysiological tests. J Hand Surg Br. 1997;22:34-37.

SYNDROME DU CANAL CARPIEN

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

3- TEST DE PHALEN

SENSIBILITÉ : 10-92 %

SPÉCIFICITÉ : 17-100 %



Procédure

On demande au patient de fléchir les deux poignets et de maintenir la position pendant 60 secondes.

Interprétation

Le test est positif si les **symptômes de paresthésie sont reproduits**. Avec une spécificité très variable entre 17-100%, ce test ne doit pas être fait en isolation, mais plutôt parmi un regroupement de tests.

Référence

Katz JN et al. The carpal tunnel syndrome: diagnostic utility of the history and physical examination findings. Ann Intern Med. 1990;112:321-327.

SYNDROME DU ROND PRONATEUR

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

4- TEST DU ROND PRONATEUR À 180°

SENSIBILITÉ : 1 %

SPÉCIFICITÉ : 1 %



Aucune faiblesse en pronation

Procédure

Le bras du patient en supination et fléchi au coude à 90°. On demande au patient de faire une pronation contre résistance tout en dépliant le bras comme s'il donnait un coup de poing.

Interprétation

Le test est positif si les **symptômes de paresthésie sont reproduits**. Un test positif indique une compression du nerf médian au niveau du muscle rond pronateur.

Référence

Normand M, Descarreaux M. Est-ce vraiment un syndrome du canal carpien? Compression proximale du nerf médian. JCCA 2000;44(3):149-156.

SYNDROME DU LIGAMENT DE STRUTHER

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

5- TEST DU ROND PRONATEUR À 180°

SENSIBILITÉ : 1 %

SPÉCIFICITÉ : 1 %



Faiblesse en pronation

Procédure

Le bras du patient en supination et fléchi au coude à 90°. On demande au patient de faire une pronation contre résistance tout en dépliant le bras comme s'il donnait un coup de poing.

Interprétation

Le test est positif s'il y a une **faiblesse en pronation**. Un test positif indique une compression du nerf médian au niveau du ligament de Struther.

Référence

Normand M, Descarreaux M. Est-ce vraiment un syndrome du canal carpien? Compression proximale du nerf médian. JCCA 2000;44(3):149-156.

SYNDROME DU N. INTEROSSEUX ANTÉRIEUR

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

6- TEST DU CARRÉ PRONATEUR À 90°

SENSIBILITÉ : 1 %

SPÉCIFICITÉ : 1 %



Faiblesse en pronation

Procédure

Le bras du patient en supination et fléchi au coude à 90°. On demande au patient de faire une pronation contre résistance tout en gardant le bras fléchi.

Interprétation

Le test est positif s'il y a une **faiblesse en pronation**. Étant donné la branche nerveuse motrice du nerf interosseux antérieur, il n'y a pas de paresthésie à la main. Un test positif indique une compression du nerf médian au niveau du muscle rond pronateur.

Référence

Normand M, Descarreaux M. Est-ce vraiment un syndrome du canal carpien? Compression proximale du nerf médian. JCCA 2000;44(3):149-156.

LE BRAS-COMPRESSION DU N. RADIAL
TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

**CONDITIONS RESPONSABLES DES
FAIBLESSES OU ENGOURDISSEMENTS
À LA MAIN**

UNE CONDITION :

- 1. SYNDROME DU SUPINATEUR
(SYNDROME DU CANAL RADIAL)**

SYNDROME DU SUPINATEUR

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

7- TEST DE SUPINATION RÉSISTÉE

SENSIBILITÉ : 1 %

SPÉCIFICITÉ : 1 %



Faiblesse en supination

Procédure

Le bras du patient en semi-pronation et fléchi au coude à 90°. On demande au patient de faire une supination contre résistance tout en gardant le bras fléchi.

Interprétation

Le test est positif s'il y a une **faiblesse ou paresthésie lors de la supination**. Un test positif indique une compression du nerf radial au niveau du muscle supinateur.

Référence

Van den Ende et al. Radial Tunnel Syndrome. The Journal Hand Surg 2010;35(6):1004-1006.

LE BRAS-COMPRESSION DU N. ULNAIRE
TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

**CONDITIONS RESPONSABLES DES
FAIBLESSES OU ENGOURDISSEMENTS
À LA MAIN**

TROIS CONDITIONS :

- 1. SYNDROME DU CANAL DE GUYON**
- 2. SYNDROME DE LA GOUTTIÈRE CUBITALE**
- 3. SYNDROME DU DÉFILÉ THORACIQUE**

SYNDROME DU CANAL DE GUYON

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

8- PERCUSSION DE TINEL AU POIGNET SUR LE NERF ULNAIRE

SENSIBILITÉ : 1 %

SPÉCIFICITÉ : 1 %



Procédure

Le poignet du patient est en position neutre. Avec un marteau réflexe on applique une percussion (4-6x) sur le canal de Guyon formé par le ligament piso-hamatum qui unit le pisiforme et l'hamatum.

Interprétation

Le test est positif si les **symptômes de paresthésie sont reproduits**.

Référence

Pas d'étude pour démontrer la validité du test.

SYNDROME DE LA GOUTTIÈRE CUBITALE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

9- TEST DU PERCUSSION DE TINEL AU COUDE SUR LE NERF ULNAIRE

SENSIBILITÉ : 54-70 %

SPÉCIFICITÉ : 98-99 %



Procédure

Le poignet du patient est en position neutre. Avec un marteau réflexe on applique une percussion (4-6x) sur le nerf ulnaire au niveau de la gouttière cubitale.

Interprétation

Le test est positif si les **symptômes de paresthésie sont reproduits**. Avec une spécificité élevée entre 98-99%, si le test est positif, il confirme une lésion du nerf ulnaire au niveau de la gouttière cubitale.

Référence

Novak CB et al. Provocative testing for cubital tunnel syndrome. J Hand Surg Am. 1994;19:817-820.

SYNDROME DE LA GOUTTIÈRE CUBITALE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

10- TEST DE FLEXION MAXIMALE DU COUDE

SENSIBILITÉ : 75-93 %

SPÉCIFICITÉ : 99 %



Procédure

Le bras du patient est gardé fléchi pendant 3 minutes.

Interprétation

Le test est positif si les **symptômes de paresthésie sont reproduits**. Avec une spécificité élevée entre 99%, si le test est positif, il confirme une lésion du nerf ulnaire au niveau de la gouttière cubitale.

Référence

Novak CB et al. Provocative testing for cubital tunnel syndrome. J Hand Surg Am. 1994;19:817-820.

DÉFILÉ THORACIQUE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 5

REGROUPEMENT DE TESTS DE GILLARD POUR LE SYNDROME DU DÉFILÉ THORACIQUE

Autre nom : THORACIC OUTLET SYNDROME

CINQ TESTS :

1. TEST DE HYPERABDUCTION
2. TEST DE WRIGHT
3. TEST DE ROOS
4. TEST DE ADSON
5. TEST DE TINEL À LA FOSSE SUPRACLAVICULAIRE

# de tests	SENSIBILITÉ	SPÉCIFICITÉ
4 sur 5	87%	38%
5 sur 5	84%	84%

Interprétation

Avec une spécificité de 84%, si les cinq tests sont positifs, cela suggère un syndrome du défilé thoracique d'origine vasculaire. Cependant seulement 5% des syndromes du défilé thoracique sont d'origine vasculaire et 95% sont d'origine neurogène. Donc, il est fort possible que ce regroupement de tests soit rarement utile.

Référence

Gillard J, et al. Diagnosing thoracic outlet syndrome: contribution of provocative tests, ultrasonography, electrophysiology, and helical computed tomography in 48 patients. *Joint Bone Spine*. 2001;68:416-424.

DÉFILÉ THORACIQUE ORIGINE VASCULAIRE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 5

1- TEST DE HYPERABDUCTION

SENSIBILITÉ : 52-84%

SPÉCIFICITÉ : 38-90 %



Procédure

Le patient est assis droit avec les bras en abduction à 90° avec les épaules rétractées. La tête demeure droite vers l'avant. On palpe le pouls radial et on l'évalue pendant 1 à 2 minutes.

Interprétation

Le test est positif si les **symptômes de paresthésie sont reproduits ou s'il y a diminution du pouls radial**. Avec une spécificité très variable entre 38-90%, ce test ne doit pas être fait en isolation, mais plutôt parmi un regroupement de tests.

Référence

Gillard J, et al. Diagnosing thoracic outlet syndrome: contribution of provocative tests, ultrasonography, electrophysiology, and helical computed tomography in 48 patients. *Joint Bone Spine*. 2001;68:416-424.

DÉFILÉ THORACIQUE ORIGINE VASCULAIRE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 5

2- TEST DE WRIGHT

SENSIBILITÉ : 70-90 %

SPÉCIFICITÉ : 29-53 %



Procédure

Le patient est assis droit avec les bras en abduction à 90° avec les épaules rétractées. La tête est tournée du côté asymptomatique. On palpe le pouls radial et on l'évalue pendant 1 à 2 minutes.

Interprétation

Le test est positif si les **symptômes de paresthésie sont reproduits ou s'il y a une diminution du pouls radial**. Avec une spécificité très variable entre 29-53%, ce test ne doit pas être fait en isolation, mais plutôt parmi un regroupement de tests.

Référence

Gillard J, et al. Diagnosing thoracic outlet syndrome: contribution of provocative tests, ultrasonography, electrophysiology, and helical computed tomography in 48 patients. *Joint Bone Spine*. 2001;68:416-424.

DÉFILÉ THORACIQUE ORIGINE VASCULAIRE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 5

3- TEST DE ROOS

Autre nom : EAST TEST (ELEVATED ARM STRESS TEST)

SENSIBILITÉ : 82-84 %

SPÉCIFICITÉ : 30-100 %



Procédure

Le patient est assis droit avec les bras en abduction à 90° avec les épaules rétractées. La tête demeure droite vers l'avant. On demande au patient d'ouvrir et de fermer les mains de façon répétitive pendant 2 minutes.

Interprétation

Le test est positif si les **symptômes de paresthésie sont reproduits**. Avec une spécificité très variable entre 30-100%, ce test ne doit pas être fait en isolation, mais plutôt parmi un regroupement de tests.

Référence

Gillard J, et al. Diagnosing thoracic outlet syndrome: contribution of provocative tests, ultrasonography, electrophysiology, and helical computed tomography in 48 patients. *Joint Bone Spine*. 2001;68:416-424.

DÉFILÉ THORACIQUE ORIGINE VASCULAIRE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 5

4- TEST DE ADSON

SENSIBILITÉ : 50-79 %

SPÉCIFICITÉ : 16-100 %



Procédure

Le patient est assis droit avec le bras en abduction à 15°. On palpe le pouls radial et on demande au patient de prendre une grande respiration et de retenir son souffle. On lui demande également de lever le menton et de tourner la tête vers le bras en question. On évalue le pouls radial pendant 60 secondes.

Interprétation

Le test est positif si les **symptômes de paresthésie sont reproduits ou s'il y a une diminution du pouls radial**. Avec une spécificité très variable entre 16-100%, ce test ne doit pas être fait en isolation, mais plutôt parmi un regroupement de tests.

Référence

Gillard J, et al. Diagnosing thoracic outlet syndrome: contribution of provocative tests, ultrasonography, electrophysiology, and helical computed tomography in 48 patients. *Joint Bone Spine*. 2001;68:416-424.

DÉFILÉ THORACIQUE ORIGINE VASCULAIRE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 5

5- TINEL DANS LA FOSSE SUPRACLAVICULAIRE

SENSIBILITÉ : 46 % SPÉCIFICITÉ : 56 %



Procédure

Le patient est assis droit. On exécute une percussion avec un marteau réflexe dans la fosse supraclaviculaire.

Interprétation

Le test est positif si le patient mentionne de la **sensibilité à la percussion**. Avec une spécificité de seulement 56%, ce test ne doit pas être fait en isolation, mais plutôt parmi un regroupement de tests.

Référence

Gillard J, et al. Diagnosing thoracic outlet syndrome: contribution of provocative tests, ultrasonography, electrophysiology, and helical computed tomography in 48 patients. *Joint Bone Spine*. 2001;68:416-424.

MEMBRE INFÉRIEUR - HANCHE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

1 – SIGNE DE TRENDELENBURG

SENSIBILITÉ : 38-73 %

SPÉCIFICITÉ : 77 %



Procédure

Le patient est debout dos à nous. On lui demande de se tenir sur une jambe seulement. On évalue s'il y a une inclinaison du bassin du côté opposé à la jambe de support.

Interprétation

Le test est positif si le bassin s'incline du côté opposé à la jambe de support. Avec une spécificité de 77%, un test positif suggère une faiblesse du moyen fessier.

Référence

Bird PA, et al. Prospective evaluation of magnetic resonance imaging and physical examination findings in patients with greater trochanteric pain syndrome. *Arthritis Rheumatism*. 2001;44;2138-2145.

MEMBRE INFÉRIEUR - HANCHE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

2 – DEBOUT SUR UNE JAMBE-30 SEC.

SENSIBILITÉ : 100 %

SPÉCIFICITÉ : 97 %



Procédure

Le patient est debout face à nous. On lui demande de se tenir sur une seule jambe. Pendant 30 secondes, on évalue s'il y a une douleur associée à la jambe de support.

Interprétation

Le test est positif si le patient mentionne une douleur du côté de la jambe de support. Avec une spécificité de 97%, un test positif suggère un syndrome du grand trochanter.

Référence

Bird PA, et al. Prospective evaluation of magnetic resonance imaging and physical examination findings in patients with greater trochanteric pain syndrome. *Arthritis Rheumatism*. 2001;44:2138-2145.

MEMBRE INFÉRIEUR - HANCHE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

3 – SILLONNEMENT DE LA HANCHE

Autre nom : HIP SCOUR TEST

SENSIBILITÉ : ? %

SPÉCIFICITÉ : ? %



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal. On fléchit la hanche et le genou du patient en produisant une force vers l'articulation de la hanche et en y ajoutant des mouvements de rotation interne et de rotation externe.

Interprétation

Le test est positif pour une pathologie intra-articulaire de la hanche si le patient mentionne de la douleur.

Référence

Cliborne AV, et al. Clinical hip tests and a functional squat test in patients with knee osteoarthritis: reliability, prevalence of positive test findings, and short-term response to hip mobilization. J Orthop Sports Phys Ther. 2004;34;676-685.

MEMBRE INFÉRIEUR - HANCHE

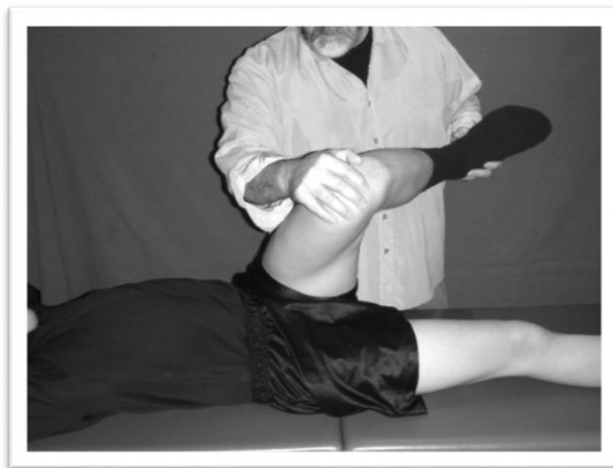
TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

4 – EMPIÈTEMENT FÉMORO-ACÉTABULAIRE

Autre nom : FEMORAL ACETABULAR IMPINGEMENT TEST

SENSIBILITÉ : 59 %

SPÉCIFICITÉ : 100 %



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal. On positionne la hanche à 90° de flexion, suivi d'une adduction et rotation interne.

Interprétation

Le test est positif pour une lésion du bourrelet acétabulaire de la hanche si le patient mentionne de la douleur à l'aîne.

Référence

Troelsen A, et al. What is the role of clinical tests and ultrasound in acetabular labral tear diagnostics? Acta Orthopaed. 2009;80;314-318.

MEMBRE INFÉRIEUR - HANCHE

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

5 – TEST DU LEVIER DE LA HANCHE

Autre nom : SRESS FRACTURE FULCRUM TEST

SENSIBILITÉ : 100 %

SPÉCIFICITÉ : 0-100 %



Procédure

Le patient est assis. On glisse notre avant-bras sous le milieu de la cuisse du patient, puis on exerce une pression sur le genou afin de créer un stress sur la tête fémorale.

Interprétation

Le test est positif pour une fracture de stress de la hanche si le patient mentionne de la douleur.

Référence

Johnson AW, et al. Stress fractures of the femoral shaft in athletes more common than expected. Am J Sports Med. 1994;22;248-256.

MEMBRE INFÉRIEUR - GENOU

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

6 – TEST DU REBOND DU GENOU

SENSIBILITÉ : 36-47 %

SPÉCIFICITÉ : 67-86 %



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal. On fléchit la hanche à 45° en supportant le genou puis on laisse tomber le genou en extension complète.

Interprétation

Le test est positif si les **symptômes de douleur sont reproduits** ou **s'il y a un blocage articulaire qui empêche l'extension complète du genou**. Avec une spécificité entre 67-86%, un test positif suggère une lésion du ménisque. Ce test ne doit pas être fait en isolation, mais plutôt parmi un regroupement de tests.

Référence

Fowler PJ, et al. The predictive value of five clinical signs in the elevation of meniscal pathology. *Arthroscopy*. 1989;5(3):184-186.

MEMBRE INFÉRIEUR - GENOU

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

7 – TEST DE LACHMAN

SENSIBILITÉ : 63-99 %

SPÉCIFICITÉ : 60-100 %



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal avec le genou fléchi à 15°-30°. On stabilise la partie distale du fémur avec une main et avec l'autre main on prend la partie distale du tibia. On applique une force antérieure sur le tibia afin de tenter de le séparer de son articulation.

Interprétation

Le test est positif pour une déchirure du ligament croisé antérieur lorsqu'il y a un déplacement antérieur du tibia de plus de 6 mm. Avec une spécificité entre 60-100%, un test positif suggère une lésion du ligament croisé antérieur.

Référence

Bomberg BC, et al. Acute hemarthrosis of the knee: indications for diagnostic arthroscopy. *Arthroscopy*. 1990;6(3):221-225.

MEMBRE INFÉRIEUR - GENOU

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

8 – TEST DU TIROIR ANTÉRIEUR

SENSIBILITÉ : 18-91 %

SPÉCIFICITÉ : 55-100 %



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal avec le genou fléchi à 90°. On stabilise la jambe du patient en s'assoyant sur le rebord de son pied. Avec les doigts des deux mains sur la portion postérieure distale du tibia et les pouces sur la ligne articulaire, on applique une force postéro-antérieure sur le tibia afin de tenter de le séparer de son articulation.

Interprétation

Le test est positif pour une déchirure du ligament croisé antérieur lorsqu'il y a un déplacement antérieur du tibia de plus de 6 mm. Avec une spécificité entre 55-100%, un test positif suggère une lésion du ligament croisé antérieur.

Référence

Noyes FR, et al. Knee sprains and acute knee hemarthrosis: misdiagnosis of anterior cruciate ligament tears. Phys Ther. Dec 1980;60(12):1596-1601.

MEMBRE INFÉRIEUR - GENOU

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

9 – TEST DU TIROIR POSTÉRIEUR

SENSIBILITÉ : 22-100 %

SPÉCIFICITÉ : 99 %



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal avec le genou fléchi à 90°. On stabilise la jambe du patient en s'assoyant sur le rebord de son pied. Avec les doigts des deux mains sur la portion postérieure distale du tibia et les pouces sur la ligne articulaire, on applique une force antéro-postérieure sur le tibia afin de tenter de le séparer de son articulation.

Interprétation

Le test est positif pour une déchirure du ligament croisé postérieur lorsqu'il y a un déplacement postérieur du tibia de plus de 6 mm. Avec une spécificité de 99%, un test positif indique une lésion du ligament croisé postérieur.

Référence

Rubinstein RA, et al. The accuracy of the clinical examination in the setting of posterior cruciate ligament injuries. Am J Sports Med Jul-Aug 1994;22(4):550-557.

MEMBRE INFÉRIEUR - GENOU

TESTS ORTHOPÉDIQUES – TOP 10

10 – TEST D'EXTENSION DU GENOU

SENSIBILITÉ : 21-39 %

SPÉCIFICITÉ : 82-95 %



Procédure

Le patient est assis avec le genou à 45° d'extension. On stabilise la partie distale du fémur et on résiste l'extension forcée du patient avec une main à la cheville.

Interprétation

Le test est positif si le patient mentionne de la douleur à l'effort. Avec une spécificité entre 82-95%, un test positif suggère une irritation rétro-patellaire associé au syndrome patello-fémoral.

Référence

Cook C, et al. Diagnostic accuracy and association to disability of clinical test findings associated with patellofemoral pain syndrome. *Physiother Can.* Winter 2010;62(1):17-24.

TEST DE DÉPISTAGE

TESTS NEUROLOGIQUES – TOP 10

1 – RÉFLEXE CUTANÉ PLANTAIRE

Autre nom : SIGNE DE BABINSKI

SENSIBILITÉ : 0-80 %

SPÉCIFICITÉ : 77-100 %



Procédure

Le patient est en cubitus dorsal ou assis. On tient la cheville en position neutre. En utilisant le manche d'un marteau réflexe, on applique une stimulation cutanée à la plante du pied, en partant du talon vers les orteils.

Interprétation

Le test est positif si le gros orteil fait un mouvement d'extension dorsal. Avec une spécificité entre 71-100%, un test positif suggère une lésion des neurones moteurs supérieurs, comme par exemple, une compression de la moelle épinière due à une myélopathie.

Référence

Cook C, et al. Reliability and diagnostic accuracy of clinical special tests for myelopathy in patients seen for cervical dysfunction. J Orthop Sports Phys Ther. 2009;39(3):172-178.

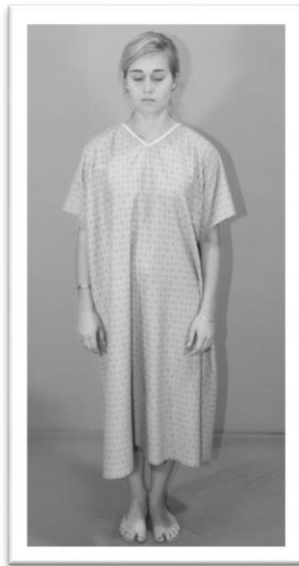
TEST DE DÉPISTAGE

TESTS NEUROLOGIQUES – TOP 10

2 – SIGNE DE ROMBERG

SENSIBILITÉ : ? %

SPÉCIFICITÉ : 100 %



Procédure

Le patient est debout avec les pieds collés et les bras allongés de chaque côté du corps. On lui demande de fermer les yeux pendant quelques secondes et de demeurer stable.

Interprétation

Le test est positif si le patient perd son ballant ou tombe. Avec une spécificité de 100%, un test positif suggère fortement une lésion des neurones moteurs supérieurs ou une déficience des sens de proprioceptions au niveau des membres inférieurs.

Référence

Kiely P, et al. The evaluation of the inverted supinator reflex in asymptomatic patients. Spine 2010;35(9):955-957.

TEST DE DÉPISTAGE

TESTS NEUROLOGIQUES – TOP 10

3 – SIGNE DE HOFFMANN

SENSIBILITÉ : 0-94 %

SPÉCIFICITÉ : 0-90 %



Procédure

Le patient est debout ou assis. On stabilise la partie distale du majeur que l'on pince entre notre pouce et index. On répète l'exercice à 2-3 fois.

Interprétation

Le test est positif si le pouce du patient réagit en faisant un mouvement d'adduction et de flexion. Avec une spécificité très variable entre 0-90%, ce signe clinique ne doit pas être fait en isolation, mais plutôt parmi un regroupement de tests.

Référence

Ray A, et al. Hoffmann Sign – Clinical correlation of neurological imaging findings in the cervical spine and brain. Spine 2015;40(7):475-479.

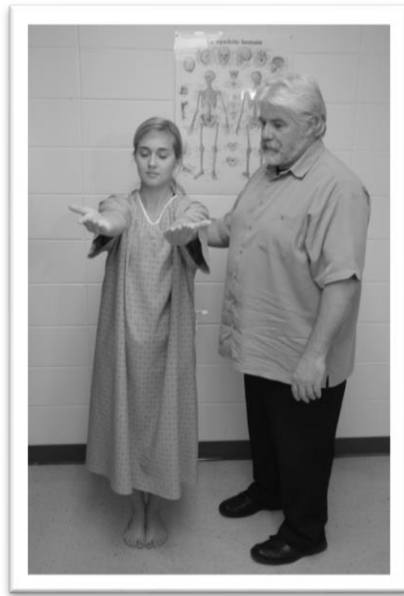
TEST DE DÉPISTAGE

TESTS NEUROLOGIQUES – TOP 10

4 – DÉRIVE DES PRONATEURS

SENSIBILITÉ : 22-92 %

SPÉCIFICITÉ : 90-100 %



Procédure

On lui demande de fermer les yeux avec les deux bras en supination à 90° de flexion vers l'avant. On lui demande de maintenir la position pendant 20-30 secondes. Afin d'éviter que le patient tombe, on se tient proche.

Interprétation

Le test est positif si le patient ne peut maintenir la position ou si un bras va en pronation. Avec une spécificité entre 90-100%, un test positif suggère fortement une lésion des neurones moteurs supérieurs.

Référence

Maranhao ET, et al. Can clinical tests detect early signs of mono-hemispheric brain tumors? J Neurologic Phys Ther. 2010;34(3):145-149.

TEST DE DÉPISTAGE

TESTS NEUROLOGIQUES – TOP 10

5 – MOUVEMENTS RAPIDES DES MAINS

SENSIBILITÉ : 15 %

SPÉCIFICITÉ : 100 %



Procédure

Le patient est assis. On demande au patient de frapper ses cuisses en alternance avec la paume et ensuite avec le dos des mains pendant 10 secondes.

Interprétation

Le test est positif s'il y a un manque de coordination entre les deux bras. Avec une spécificité de 100%, un test positif suggère une lésion du système nerveux central.

Référence

Anderson NE, et al. Detection of focal cerebral hemisphere lesions using the neurological examination. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005;76:545-549.

TEST DE DÉPISTAGE

TESTS NEUROLOGIQUES – TOP 10

6 – MOUVEMENTS RAPIDES INDEX-NEZ

SENSIBILITÉ : 1 %



SPÉCIFICITÉ : 1 %



Procédure

Le patient est assis. On demande au patient de toucher son nez avec son index puis de toucher notre index. Pendant les cinq exécutions, on déplace notre index pour donner une nouvelle cible au patient. Le patient doit maintenir sa tête droite durant l'épreuve et suivre notre index avec ses yeux.

Interprétation

Le test est positif si le patient manque la cible (notre index) avec son doigt.

Référence

Schneiders AG, et al. Normative values for three clinical measures of motor performance used in the neurological assessment of sports concussion. J Science Med Sport. 2010;13:196-201.

TEST DE DÉPISTAGE

TESTS NEUROLOGIQUES – TOP 10

7 – LA POSITION DU GROS ORTEIL

SENSIBILITÉ : 88 %

SPÉCIFICITÉ : 68 %



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal ou assis avec les yeux fermés. On stabilise le gros orteil entre notre pouce et l'index puis on bouge l'orteil avec des petites amplitudes soit de flexion ou d'extension, puis on demande au patient de confirmer la position de l'orteil (déplacement vers le haut ou le bas).

Interprétation

Le test est positif si le patient ne peut déterminer la position du gros orteil. Ceci peut résulter d'une affection neuropathique associée au diabète ou encore d'un problème du système nerveux central.

Référence

Richardson JK. The clinical identification of peripheral neuropathy among older persons. Arch Phys Med Rehabil. 2002;83:1553-1558.

TEST DE DÉPISTAGE

TESTS NEUROLOGIQUES – TOP 10

8 – RÉFLEXES TENDINEUX PROFONDS-MS

BICEPS BRACHIAL		BRACHIO-RADIAL		TRICEPS	
					
Sn 14-65	Sp 90-95	Sn 6-17	Sp 94-95	Sn 3-38	Sp 92-98

Procédure

On frappe avec le marteau réflexe de 3 à 5 fois sur le tendon.

Interprétation

Réflexe du biceps brachial = racine de **C5**

Réflexe brachio-radial = racine de **C6**

Réflexe du triceps = racine **C7**

Système de gradation des réflexes tendineux profonds :

0+ = absent

1+ = faible

2+ = normal

3+ = hyperactif

4+ = anormal



Référence

Lauder T. et al. Predicting electrodiagnosis outcome in patients with upper limb symptoms: are the history and physical examination helpful? Arch Phys Med Rehabil. 2000;81:436-441.

TEST DE DÉPISTAGE

TESTS NEUROLOGIQUES – TOP 10

9 – RÉFLEXES TENDINEUX PROFONDS-MI

QUADRICEPS		ACHILLÉEN	
			
Sn 12	Sp 96	Sn 15	Sp 92

Procédure

On frappe avec le marteau réflexe de 3 à 5 fois sur le tendon.

Interprétation

Réflexe du quadriceps = racine de **L4**

Réflexe Achilléen = racine de **S1**

Système de gradation des réflexes tendineux profonds :

0+ = absent

1+ = faible

2+ = normal

3+ = hyperactif

4+ = anormal

Référence

Lauder T. et al. Predicting electrodiagnosis outcome in patients with upper limb symptoms: are the history and physical examination helpful? Arch Phys Med Rehabil. 2000;81:436-441.

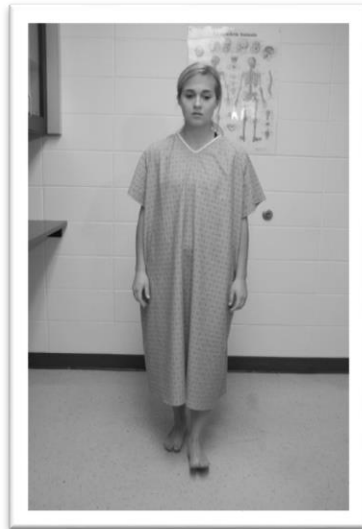
TEST DE DÉPISTAGE

TESTS NEUROLOGIQUES – TOP 10

10 – LA DÉMARCHE

SENSIBILITÉ : 19 %

SPÉCIFICITÉ : 94 %



Procédure

On demande au patient de marcher normalement pendant qu'on l'observe.

Interprétation

Le test est positif si on observe une démarche anormale due à une instabilité, de l'ataxie ou une démarche spasmodique. Ceci peut résulter d'une affection neuropathique associé au diabète ou encore d'un problème du système nerveux central.

Référence

Cook C, et al. Clustered clinical findings for diagnosis of cervical spine myelopathy. J Man Manip Ther. 2010;18(4):175-180.

DÉFILÉ THORACIQUE – ORIGINE NEUROGÈNE

TESTS PROMETTEURS – TOP 10

1- MISE EN TENSION DU NERF MÉDIAN ET DE LA CORDE MÉDIALE

SENSIBILITÉ : 72-97%

SPÉCIFICITÉ : 22-94%



Procédure

Le patient est en décubitus dorsal. La mise en tension se fait en maintenant l'épaule en abduction à 110°, suivi d'une supination de l'avant-bras avec l'extension du poignet et du coude. On demande au patient de faire une flexion latérale de la nuque vers le côté opposé.

Interprétation

Le test est positif si les **symptômes sont reproduits**. Avec une spécificité très variable entre 22-94%, ce test ne doit pas être fait en isolation, mais plutôt parmi un regroupement de tests.

Référence

Wainner RS, et al. Reliability and diagnostic accuracy of the clinical examination and patient self-report measures for cervical radiculopathy. Spine. 2003;28(1):52-62.

DÉFILÉ THORACIQUE – ORIGINE NEUROGÈNE

TESTS PROMETTEURS – TOP 10

2-TENSION DES MEMBRES SUPÉRIEURS

SENSIBILITÉ : 1 %

SPÉCIFICITÉ : 1 %

**Position 1:
Bras à 90°**



**Position 2:
Poignet en
extension**



**Position 3:
Flexion latérale
de la tête**



Procédure

1. Position neutre : Deux bras en abduction à 90°.
2. Position TTMS : Extension des poignets.
3. Position TTMS + : Flexion latérale de la nuque du côté asymptomatique.

Interprétation

Le test est positif si les **symptômes de paresthésie sont reproduits**.

Référence

Kleinrensink GJ, et al. Upper limb tension tests as tools in the diagnosis of nerve and plexus lesions. Anatomical and biomechanical aspects. Clin Biomech. 2000 Jan;15(1):9-14.

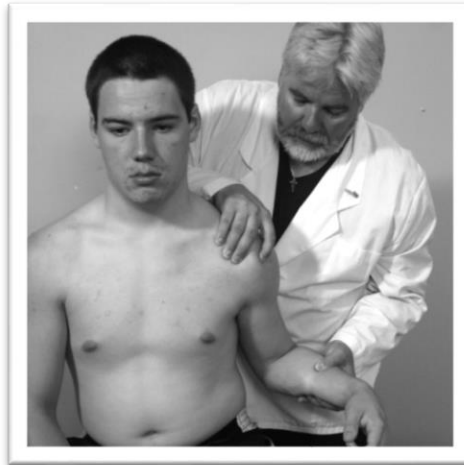
LÉSION DE LA COIFFE DES ROTATEURS

TESTS PROMETTEURS – TOP 10

3- TEST DE RENT

SENSIBILITÉ : 91-96 %

SPÉCIFICITÉ : 75-97 %



Procédure

On place l'index sur l'insertion du supra-épineux, puis on bouge le bras du patient en extension, rotation interne et rotation externe. On recherche une difformité palpable (petit trou) dans l'insertion distale du supra-épineux.

Interprétation

Le test est positif s'il y a une difformité palpable.

Avec une spécificité entre 75-97%, si le test est positif, il y a probablement une déchirure de la coiffe des rotateurs.

Référence

Wolf EM, Agrawal V. Transdeltoid palpation (the rent test) in the diagnosis of rotator cuff tears. J Shoulder Elbow Surg. Sep-Oct 2001;10(5):470-473.

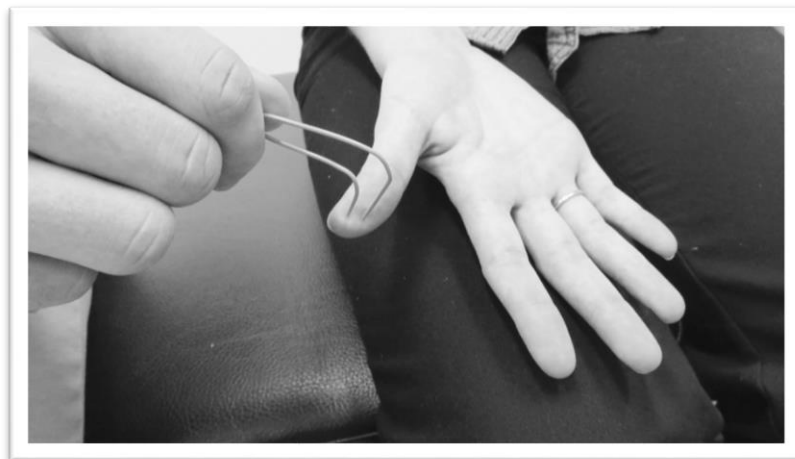
SYNDROME DU CANAL CARPIEN

TESTS PROMETTEURS – TOP 10

4- TEST DE DISCRIMINATION 2 POINTS

SENSIBILITÉ : 6-51 %

SPÉCIFICITÉ : 64-99 %



Procédure

On utilise un trombone (ou un aesthésiomètre) sur l'index du patient.

Interprétation

Le test est positif si le patient est incapable de distinguer une distance de 6 mm ou plus. Avec une spécificité élevée entre 64-99%, si le test est positif, il suggère une agnosie tactile souvent impliquée dans les conditions comme le diabète, canal carpien et le défilé thoracique.

Référence

Katz JN et al. The carpal tunnel syndrome: diagnostic utility of the history and physical examination findings. *Ann Intern Med.* 1990;112:321-327.

FRACTURE DU SCAPHOÏDE

TESTS PROMETTEURS – TOP 10

5- TEST D'IRRIATION DE LA TABATIÈRE ANATOMIQUE

Autre nom : ANATOMICAL SNUFF BOX TENDERNESS

SENSIBILITÉ : 100 %

SPÉCIFICITÉ : 29-98 %



Procédure

On applique une pression dans la tabatière anatomique.

Interprétation

Le test est positif si le patient ressent une douleur aiguë.

Avec une sensibilité de 100%, si le test est négatif, il n'y a pas de fracture du scaphoïde.

Référence

Phillips GT et al. Diagnosis and management of scaphoid fractures. Am Fam Physician. 2004;70:879-884.

FRACTURE DU BASSIN

TESTS PROMETTEURS – TOP 10

6- FLEXION ACTIVE DE LA HANCHE

SENSIBILITÉ : 90 % SPÉCIFICITÉ : 95 %



Procédure

Le patient est en décubitus dorsale et on lui demande d'élever la jambe.

Interprétation

Le test est positif s'il y a une reproduction des symptômes ou une incapacité de lever la jambe. Avec une spécificité de 95%, si le test est positif, il y a probablement une fracture du bassin.

Référence

Ham SJ, et al. Predictive value of the hip flexion test for fractures of the pelvis. *Injury*. 1996;27:543-544.

LÉSION DU MÉNISQUE

TESTS PROMETTEURS – TOP 10

7 – TEST DE THESSALY À 5°

SENSIBILITÉ : 21-87 %

SPÉCIFICITÉ : 91-96 %



Procédure

Le patient est sur une jambe fléchie de 5°. On lui demande de faire trois mouvements de rotations du corps de gauche à droite en pivotant sur son genou.

Interprétation

Le test est positif si les **symptômes sont reproduits, comme une douleur à la ligne articulaire ou une sensation de « catching » dans le genou**. Avec une spécificité entre 91-96%, un test positif suggère fortement une lésion du ménisque.

Référence

Karachalios T, et al. Diagnostic accuracy of a new clinical test (the Thessaly test) for early detection of meniscal tears. J Bone Joint Surg Am. May 2005;87(5):955-962.

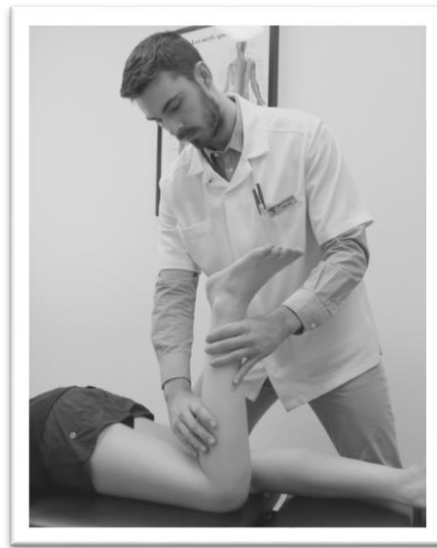
RUPTURE DU TENDON D'ACHILLE

TESTS PROMETTEURS – TOP 10

8- TEST DE COMPRESSION DU MOLLET

Autres noms : TEST DE THOMPSON, CALF SQUEEZE TEST

SENSIBILITÉ : 93 % SPÉCIFICITÉ : 96 %



Procédure

Le patient est en décubitus ventral. On applique une compression au mollet.

Interprétation

Le test est positif s'il n'y a pas de flexion plantaire du pied. Avec une spécificité de 96%, si le test est positif, il y a probablement une rupture du tendon d'Achille.

Référence

Garras DN, et al. MRI is unnecessary for diagnosing acute achilles tendon ruptures: Clinical diagnostic criteria. Clin Orthop Relat Res. 2012 Aug;470(8):2268-2273.

LÉSION DE LA SYNDESMOSE

TESTS PROMETTEURS – TOP 10

9 – TEST DE DÉPLACEMENT FIBULAIRE ANTÉRIEUR-POSTÉRIEUR

SENSIBILITÉ : 82 % SPÉCIFICITÉ : 88 %



Procédure

Le patient est couché sur le côté. Au niveau de la syndesmose, on applique une pression antérieure et postérieure sur la partie distale de la tête fibulaire.

Interprétation

Le test est positif si le patient mentionne de la douleur. Avec une spécificité de 88%, un test positif suggère une lésion de la syndesmose.

Référence

Beumer A, et al. Clinical diagnosis of syndesmotic ankle instability: evaluation of stress tests behind the curtains. Acta. Orthop Scand. 2002;73(6):667-669.

EMPIÈTEMENT ANTÉRIEUR DE LA CHEVILLE

TESTS PROMETTEURS – TOP 10

10- TEST DE DORSIFLEXION FORCÉE

SENSIBILITÉ : 95 % SPÉCIFICITÉ : 88 %



Procédure

Le patient est en décubitus dorsale ou assis. On stabilise la cheville avec le pouce sur la partie antérolatérale du talus, puis avec l'autre main on applique une vigoureuse dorsiflexion.

Interprétation

Le test est positif s'il y a une reproduction de douleur dans la partie antérolatérale du pied. Avec une spécificité de 88%, si le test est positif, il y a probablement un empiètement antérieur de la cheville.

Référence

Molloy S, et al. Synovial impingement in the ankle: a new physical sign. J Bone Joint Surg Br. 2003;85(3):330-333.