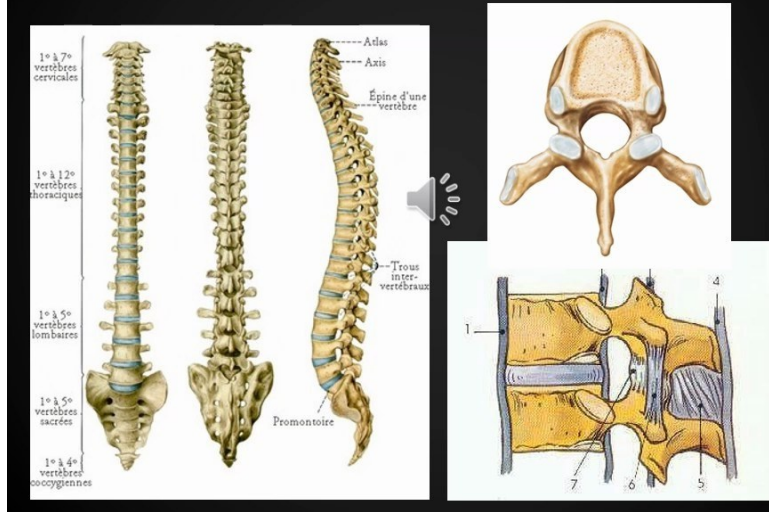


#001

Méthode générale

Rappels anatomiques



La sémiologie commence par anatomie, inspection statique et dynamique, puis examen neurologique ou vasculaire ciblé.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- Toujours examiner de façon bilatérale, comparative, segmentaire puis régionale.
- Distinguer douleur, impotence, instabilité, blocage, raideur, déficit neurologique et boiterie.
- Comparer actif, passif et contrarié : cela sépare articulaire, tendino-musculaire et neurologique.
- Finir par les articulations voisines, le rachis, l'examen vasculaire et neurologique si membre inférieur ou douleur projetée.

Source principale: PDF sémiologie SSD1

#002

Interrogatoire locomoteur

- Préciser début brutal ou progressif, traumatisme, horaire mécanique/inflammatoire, irradiation et facteurs déclenchants.
- Quantifier douleur et retentissement : périmètre de marche, gestes impossibles, travail, sport, sommeil.
- Chercher signes généraux : fièvre, amaigrissement, asthénie, cancer connu, immunodépression ou infection récente.
- Les traitements essayés et leur efficacité orientent, mais ne doivent pas faire ignorer un signe d'alerte.

Source principale: PDF rachis, hanche, pied/cheville

#003

Rachis cervical

- La douleur cervicale peut être locale, irradiée au membre supérieur, interscapulaire ou occipitale selon racine et niveau.
- Inspecter attitude antalgique, lordose, cyphose, amyotrophie et mouvements spontanés.
- Tester flexion, extension, rotations, inclinaisons et symétrie ; la douleur radiculaire prime sur l'amplitude brute.
- Compléter par examen neurologique C5 à T1 : force, sensibilité, réflexes et signes pyramidaux si doute médullaire.

Source principale: PDF texterachis

#004

Tests cervicaux spécifiques

Examen du rachis cervical: manoeuvres spécifiques

- Signe de Lhermitte = irritation dure-merienne du rachis cervical
- Signe de distraction :  amélioration des douleurs de NCB et des articulaires post
- Signe de compression: aggravation des douleurs

Compression, distraction et tests de tension aident à relier la douleur à une irritation radiculaire.

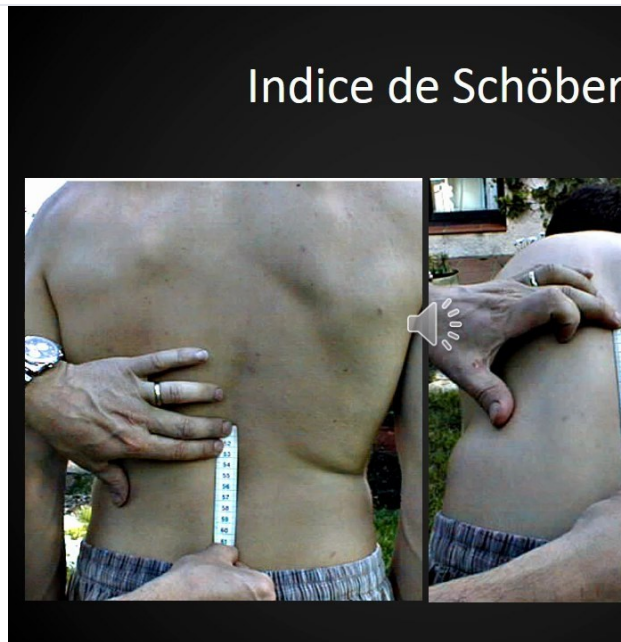
Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- Spurling : compression axiale avec rotation peut reproduire une douleur radiculaire.
- La distraction cervicale peut soulager une douleur radiculaire d'origine discale ou foraminale.
- Une douleur impulsive à la toux ou aux efforts évoque conflit dure-mérien.
- Tout déficit moteur, trouble de marche ou signe pyramidal fait rechercher myélopathie cervicale.

Source principale: PDF texterachis

#005

Rachis thoraco-lombaire



Indice de Schober et distance doigts-sol quantifient la mobilité lombaire.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

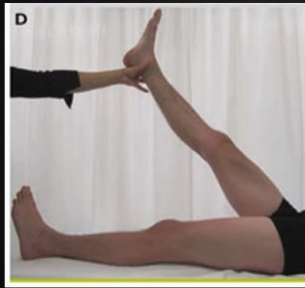
- Observer de face, profil et dos : scoliose, cyphose, lordose, déséquilibre pelvien et attitude antalgique.
- Mesurer mobilité lombaire par distance doigts-sol, Schober, extension et inclinaisons latérales.
- Palper épineuses, muscles paravertébraux, sacro-iliaques et zones projetées abdominales ou fessières.
- Toujours associer examen neurologique des membres inférieurs en cas de lombalgie ou radiculalgie.

Source principale: PDF texterachis

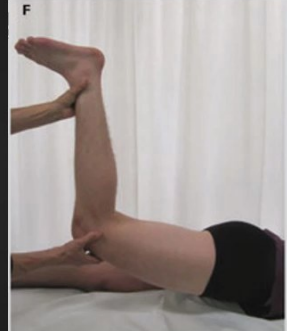
#006

Tensions radiculaires

Manœuvres de tensions radiculaires



Manœuvre de Lasègue
Réveille une lombosciatique L5 ou S1



Manœuvre de Léri
Réveille une lombocruralgie L3 ou L4

Lasègue explore surtout L5-S1 ; Léri explore plutôt L3-L4.

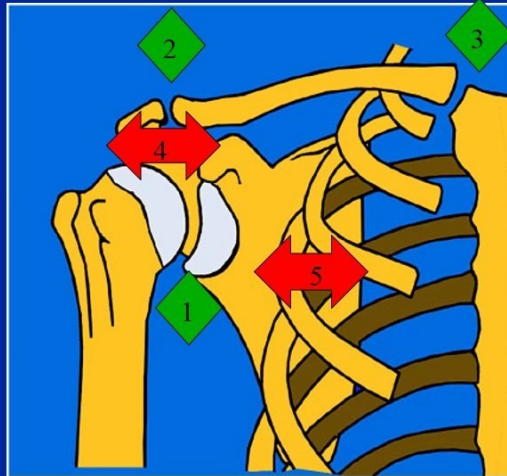
Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- Lasègue reproduit la douleur radiculaire L5 ou S1 lors de l'élévation jambe tendue.
- Lasègue controlatéral positif est un signe de sévérité d'un conflit disco-radiculaire.
- Léri reproduit une cruralgie L3-L4 en décubitus ventral, genou fléchi puis extension de hanche.
- Un examen radiculaire complet associe force, sensibilité, réflexes rotulien/achilléen et marche talons-pointes.

Source principale: PDF texterachis

Épaule : comprendre le complexe

Rappel anatomique



1. Artic. scapulo-humérale
2. Artic. acromio-claviculaire
3. Artic. sterno-claviculaire
4. Espace sous-acromial
5. Espace omo-thoracique

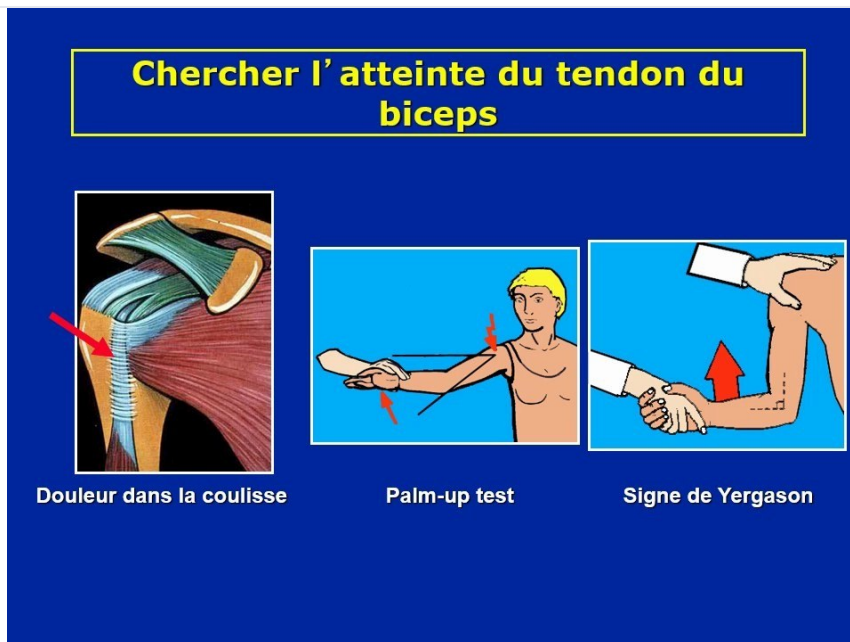
L'épaule associe plusieurs articulations et plans de glissement ; il faut séparer articulaire, coiffe et instabilité.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- L'épaule comprend scapulo-humérale, acromio-claviculaire, sterno-claviculaire et plans de glissement.
- Douleur externe évoque souvent coiffe ; antérieure, biceps ou acromio-claviculaire ; creux axillaire, atteinte profonde.
- Comparer mobilité active et passive : limitation passive vraie orientée vers articulation ou capsule.
- Inspection : galbe deltoïdien, amyotrophie, saillie claviculaire, attitude antalgique et scapula.

Source principale: PDF texteepaule

Épaule : tests de coiffe et biceps



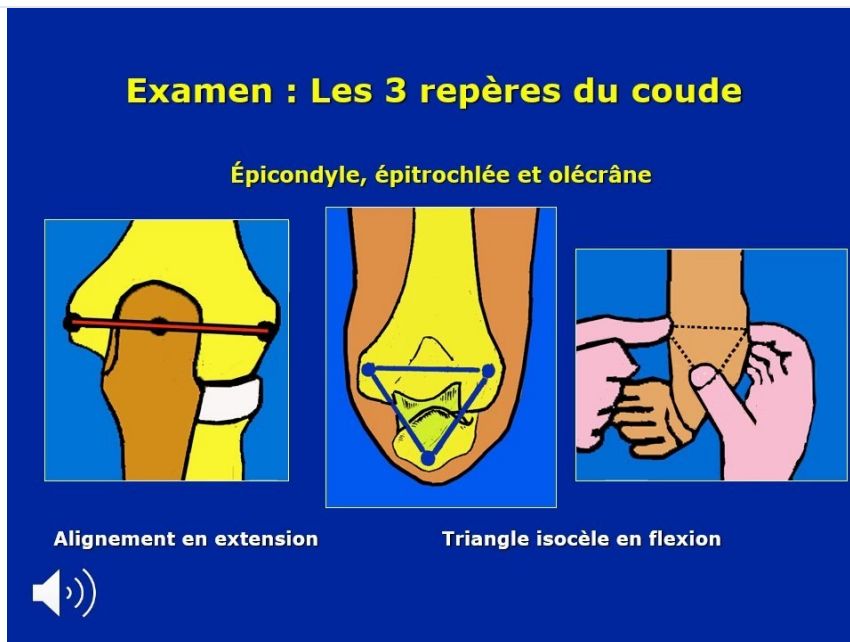
Palm-up test et Yergason aident à identifier une atteinte du long biceps.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- Tester supra-épineux, infra-épineux, subscapulaire et long biceps par mouvements contrariés ciblés.
- Le conflit sous-acromial se recherche par arcs douloureux et tests provocateurs selon contexte.
- Une perte d'actif avec passif conservé évoque rupture tendineuse ou déficit neurologique.
- Une douleur en position d'armé du bras ou appréhension évoque instabilité antérieure.

Source principale: PDF texteepaule

Coude : repères et stabilité



Épicondyle, épitrochlée et olécrâne s'alignent en extension et forment un triangle en flexion.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

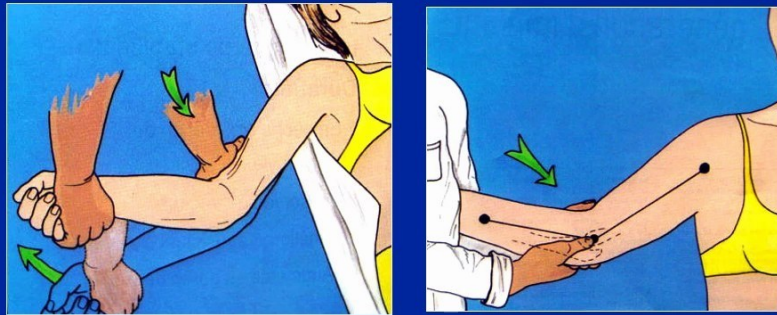
- Le coude combine flexion-extension huméro-ulnaire et prono-supination radio-ulnaire.
- Inspecter valgus physiologique, gonflement, attitude, déficit d'extension et déformation.
- Palper olécrâne, épicondyle latéral, épitrochlée, tête radiale et gouttière du nerf ulnaire.
- Tester stabilité en varus/valgus et douleur à la prono-supination après traumatisme.

Source principale: PDF textesemiocoude

#010

Coude douloureux non traumatique

Test en valgus



Le compartiment médial explore ligament, épitrochlée et nerf ulnaire.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

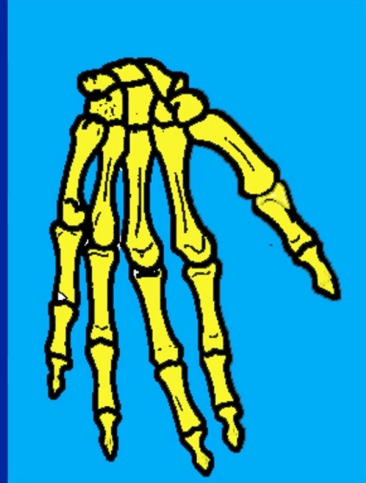
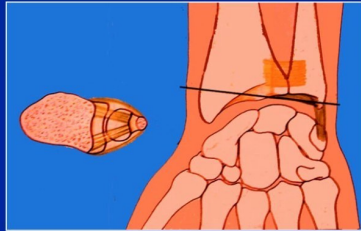
- Épicondylalgie latérale : douleur épicondylienne déclenchée par extension contrariée du poignet.
- Épitrochléalgie : douleur médiale, souvent liée aux fléchisseurs-pronateurs ou au ligament médial.
- Hygroma olécranien : tuméfaction postérieure, à différencier d'infection ou atteinte inflammatoire.
- Compression du nerf ulnaire : paresthésies IV-V, douleur de gouttière et déficit intrinsèques si sévère.

Source principale: PDF textesemiocoude

#011

Main et poignet : examen de base

Rappel anatomique



La main s'examine par peau, os, tendons, nerfs, vaisseaux puis fonction fine.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- L'inspection analyse peau, plaie, couleur, hématome, tuméfaction, attitude digitale et trophicité.
- Palper radius distal, ulna distal, carpe dorsal/palmaire, scaphoïde, MCP, IP et trapézo-métacarpienne.
- Comparer flexion-extension, inclinaisons radiale/ulnaire et prono-supination.
- Tout traumatisme de main impose test vasculaire, sensitif et tendineux avant anesthésie si possible.

Source principale: PDF textesemiomain

Main : nerfs et tendons

Muscles Extrinsèques

- FCP des doigts (a)
- FCS des doigts (b)
- F du I (c)



Les tests actifs isolent nerf, muscle, tendon et articulation.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- Médian : opposition du pouce, sensibilité pulpe index/majeur ; ulnaire : interosseux, pince, bord ulnaire.
- Radial : extension poignet/doigts, sensibilité dorsoradiale selon niveau.
- Tester fléchisseur profond, fléchisseur superficiel et extenseur de chaque doigt de façon isolée.
- Paresthésies, dysesthésies et anesthésie doivent être dessinées selon territoire.

Source principale: PDF textesemiomain

#013

Hanche : douleur et fonction



La hanche s'évalue en charge, à la marche, puis couché par amplitudes et tests ciblés.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- La douleur de hanche est souvent inguinale, mais peut irradier à la cuisse, au genou ou à la fesse.
- Différentiels : hernie inguinale, trochantérite, psoas, adducteurs, cruralgie, canal lombaire étroit.
- Évaluer marche, boiterie, autonomie, périmètre et indice fonctionnel si coxopathie chronique.
- L'examen régional inclut rachis lombaire, genou, abdomen, pouls et neurologie si douleur atypique.

Source principale: PDF textehanche

#014

Hanche : mobilités et tests



Les rotations sont souvent les premières limitées dans la coxopathie.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

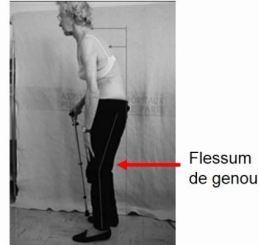
- Tester flexion, extension, abduction, adduction, rotations interne/externe, toujours comparativement.
- La limitation douloureuse de rotation interne est un signe précoce d'atteinte coxo-fémorale.
- Trendelenburg recherche insuffisance du moyen fessier ou atteinte de hanche.
- Un flexum peut être masqué par hyperlordose lombaire ; le test de Thomas aide à le révéler.

Source principale: PDF textehanche

Genou : marche, douleur, épanchement

Debout dynamique: marche

- Recherche d'une boiterie :
 - Une boiterie d'esquive
 - Liée à un manque d'extension
 - Liée à un appui précaire
 - Laxité
 - Insuffisance musculaire (moyen fessier quadriceps...)



Boiterie de Trendelenburg

La marche oriente vers esquive, flexum, laxité ou insuffisance musculaire.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- Interroger douleur, gonflement, instabilité, blocage, craquement, dérobement et limitation d'appui.
- Observer marche, axe, flexum, varum/valgum, amyotrophie quadricipitale et boiterie.
- Rechercher choc rotulien, signe du glaçon, rabot rotulien et douleur des interlignes.
- Toujours examiner hanche, rachis et neurologie si douleur du genou atypique ou projetée.

Source principale: PDF semio genou + SSD1 vidéos

#016

Genou : ménisque et ligaments

Examen en décubitus : recherche d'une lésion méniscale

- **Signe de Oudar** : douleur à la palpation de l'interligne



- **Grinding test**



- **Signe de Mac Murray**



Les tests méniscaux et ligamentaires sont plus fiables après diminution de la douleur aiguë.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- Lachman et tiroir antérieur explorent le LCA ; tiroir postérieur explore le LCP.
- Valgus/varus à 0 et 30 degrés séparent laxité périphérique isolée ou complexe.
- McMurray, Oudard et grinding test orientent vers lésion méniscale selon douleur et ressaut.
- Une hémarthrose rapide après torsion évoque lésion du pivot central ou fracture ostéochondrale.

Source principale: PDF ITEM 357 + semio genou

#017

Pied et cheville

- Examiner déchaussé, en charge et décharge, statique et dynamique, avec inspection des chaussures.
- Localiser douleur : avant-pied, arrière-pied, cheville, tendineuse, ligamentaire, osseuse ou neuropathique.
- Palper malléoles, base du cinquième métatarsien, naviculaire, sinus du tarse, tendon d'Achille et aponévrose plantaire.
- Différencier tibio-talienne, sous-talienne et médio-tarsienne par flexion-extension, inversion-éversion et mouvements de l'avant-pied.

Source principale: PDF textepiedcheville

#018

Examen vasculaire et neurologique du membre inférieur

- Palper fémorales, poplitées, tibiales postérieures et pédieuses ; regarder couleur, trophicité et temps de recoloration.
- Une claudication peut être vasculaire, neurologique, articulaire ou musculaire.
- Tester sensibilité, force segmentaire, réflexes et signes radiculaires devant douleur de pied, genou, hanche ou rachis.
- Un déficit neurologique récent ou progressif change la priorité diagnostique.

Source principale: PDF textepiedcheville + texterachis

#019

Synthèse pratique

- Voir, toucher, mobiliser, contrarier, tester les nerfs et vaisseaux : toujours dans le même ordre.
- Actif limité et passif normal : penser tendon, muscle ou nerf ; actif et passif limités : penser articulation ou douleur majeure.
- Douleur projetée : toujours examiner articulation sus-jacente et rachis.
- Fièvre, amaigrissement, douleur nocturne, déficit neurologique ou traumatisme violent ne sont jamais de la simple sémiologie.

Source principale: Synthèse PDF sémiologie SSD1

Cahier de formation - 19 fiches - Orthopédie - Sources: SSD1/Alex/10- Orthopédie/semiologie/texterachis.pdf; SSD1/Alex/10- Orthopédie/semiologie/textehanche.pdf; SSD1/Alex/10- Orthopédie/semiologie/texteepaule.pdf; SSD1/Alex/10- Orthopédie/semiologie/textesemiocoude.pdf; SSD1/Alex/10- Orthopédie/semiologie/textesemiomain.pdf; SSD1/Alex/10- Orthopédie/semiologie/textepiedcheville.pdf