

# Top 10 des manoeuvres à l'examen physique

---

Présentée par: **Marc-Antoine Turgeon**  
**MD. CCMF. MBA.**



Palais des congrès  
de Montréal



THE COLLEGE OF  
FAMILY PHYSICIANS  
OF CANADA



LE COLLÈGE DES  
MÉDECINS DE FAMILLE  
DU CANADA

# Divulgation du conférencier/de la conférencière

Conférencier/conférencière : **Marc-Antoine Turgeon**

---

## Liens avec des commanditaires :

- Toute relation financière directe, y compris la réception d'honoraires : **Aucune**
- La participation à des conseils consultatifs ou des services de conférenciers : **Comité de Révision Scientifique pour la revue Médecin du Québec, Conférencier en pratique avisée (FMOQ, CQMF)**
- Brevets de médicaments ou de dispositifs médicaux : **Aucun**
- Autres : **Éditeur pour TopMF**

# Divulgation de soutien financier

---

Ce programme de formation n'a pas reçu de soutien financier.

Ce programme de formation a été produit grâce au soutien non financier du Collège québécois des médecins de famille et de la campagne Choisir avec soin Québec sous forme de soutien logistique.

# Choisir avec soin Québec

- ✓ Branche québécoise de la campagne Choisir avec soin Canada, supportée par le Collège québécois des médecins de famille
- ✓ Recommandations fondées sur des données probantes
- ✓ Outils pour des discussions différentes entre les patients et les cliniciens

## Mandat

Choisir avec soin Québec met la pertinence des soins au cœur des priorités en santé en faisant la promotion de l'utilisation judicieuse des tests et des traitements

## Pour en savoir plus...

- Horaire des séances  
« Choisir avec soin » au  
FMF 2023
- Liste de ressources
- Sites web de Choisir avec  
soin Québec et de Choisir  
avec soin Canada



# Merci !

Veillez remplir l'évaluation de la séance dès maintenant !

**#monfmf**



FamilyMedicineForum



FamilyMedForum



FamilyMedForum

# Mise en garde



Cette présentation peut vous surprendre!



En aucun cas, nous vous suggérons de ne **jamais** faire certains tests cliniques

Il s'agit d'être conscient de ce qu'on fait (imprécision des tests)



Tout dépend de l'ESTIMATION de la **probabilité pré-test**

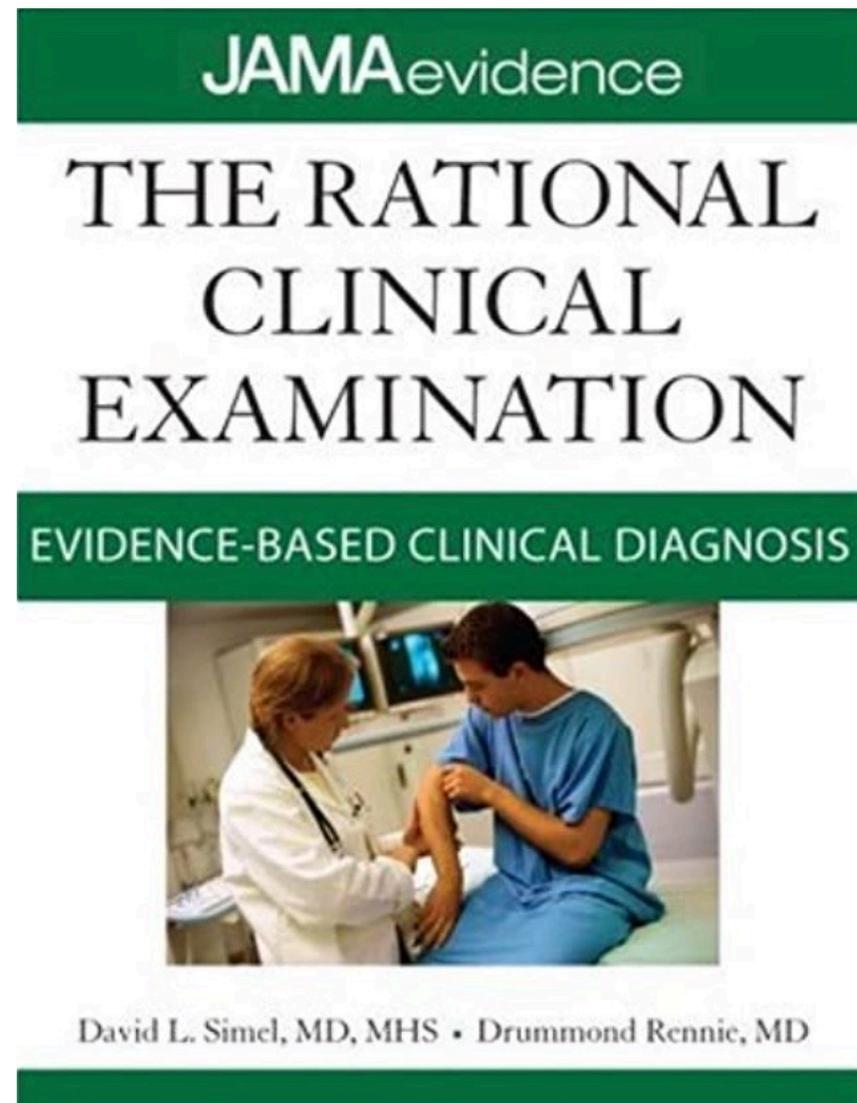
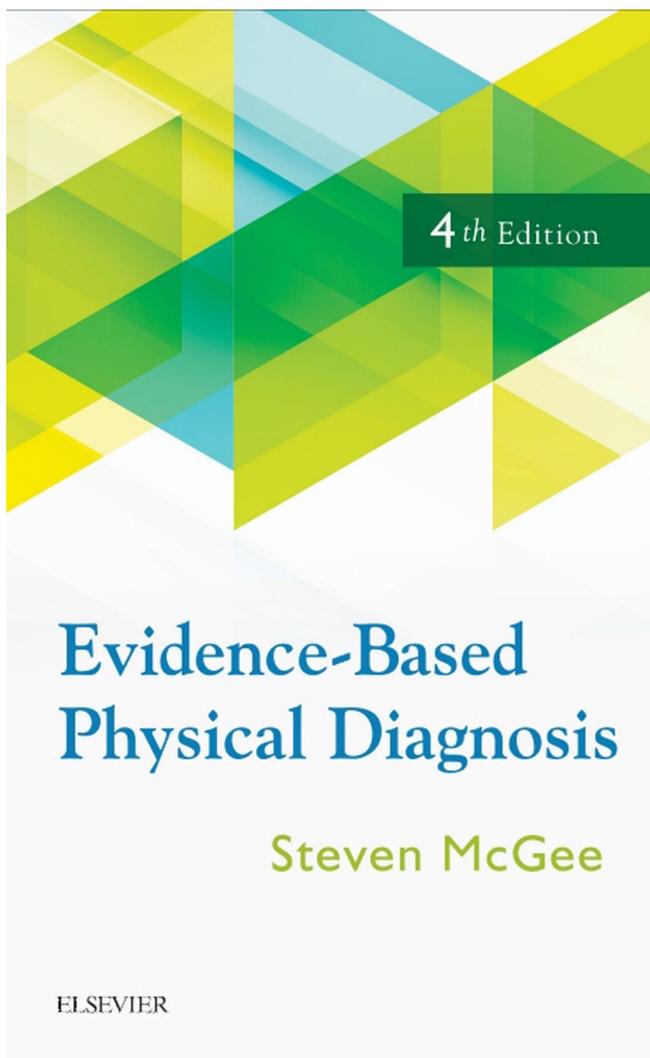
La précision extrême n'est pas recherché ici  
Exercice pédagogique

# Objectifs

1. Reconnaître les situations où les bienfaits d'un traitement dépassent les risques
2. Reconnaître la faible valeur ajoutée de nombreux tests de l'examen physique afin d'en déterminer la pertinence clinique
3. Optimiser l'examen physique en utilisant des manœuvres plus discriminantes que celles qui sont couramment enseignées

# Introduction

- Il existe 2 principales références qui passent en revue/analyse/critique la littérature médicale sur l'examen physique.
- Cela vaut donc la peine de s'y attarder afin de perfectionner et améliorer notre examen physique
- La majorité des études médicales sont sur des traitements (parfois qu'on prescrit 1 fois par mois) alors que l'examen de l'abdomen on peut le faire 10 fois dans une journée à l'urgence/sans rendez-vous.
- Puisqu'il y a peu d'étude sur l'examen physique (il n'y a pas d'argent à faire en étudiant le signe de Tinel...) il y a très peu d'évolution de la littérature avec le temps.
- Cette présentation pourrait être celle que vous utiliserez le plus à la fin de ce congrès, simplement car vous l'utiliserez presque à chaque patient que vous examinerez.



# Entrevue médicale

## Questionnaire médical



## Examen physique



## Raisonnement clinique



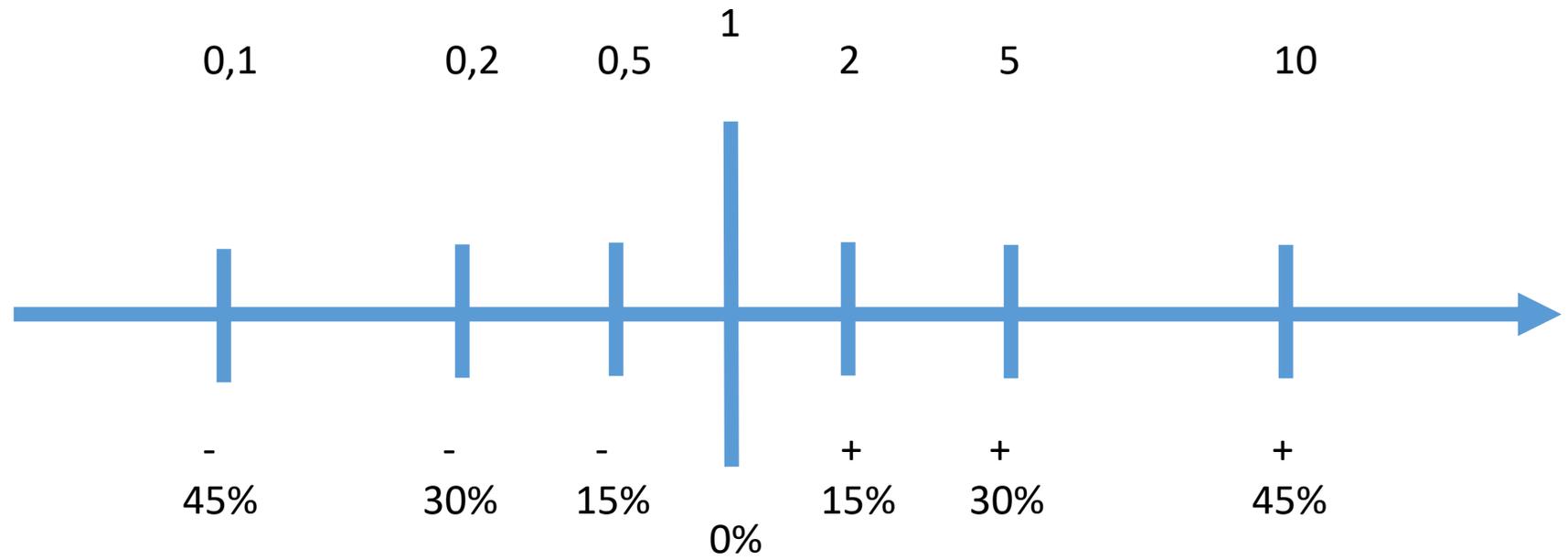
# Rapport de vraisemblance

Dérivé de la sensibilité et de la spécificité

- Plus rapide
- Plus puissant
- Adapté pour le clinicien

« Multiplicateur de la valeur pré-test »

# Rapport de vraisemblance



# Plan

Introduction – Rapport de vraisemblance

1 – [Péritonite](#)

2 – [Appendicite](#)

3 – [Tunnel carpien](#)

4 – [Otite moyenne aiguë](#)

5 – [Radiculopathie](#)

6 – [Tendinopathie de la coiffe des rotateurs](#)

7 – [Mélanome](#)

8 – [Affections neurologiques non organiques](#)

9 – [Irritation méningée](#)

10 – [Cholécystite](#)

# 1 – Péritonite

Homme de 43 ans qui se plaint d'une **douleur abdominale** depuis hier soir. Il fait de la **fièvre** et a eu une **coloscopie** récente.

À l'aide de l'histoire, vous suspectez à **30% (modéré)** le risque d'une péritonite. Quel signe clinique vous sera le plus utile dans le diagnostic d'une péritonite?

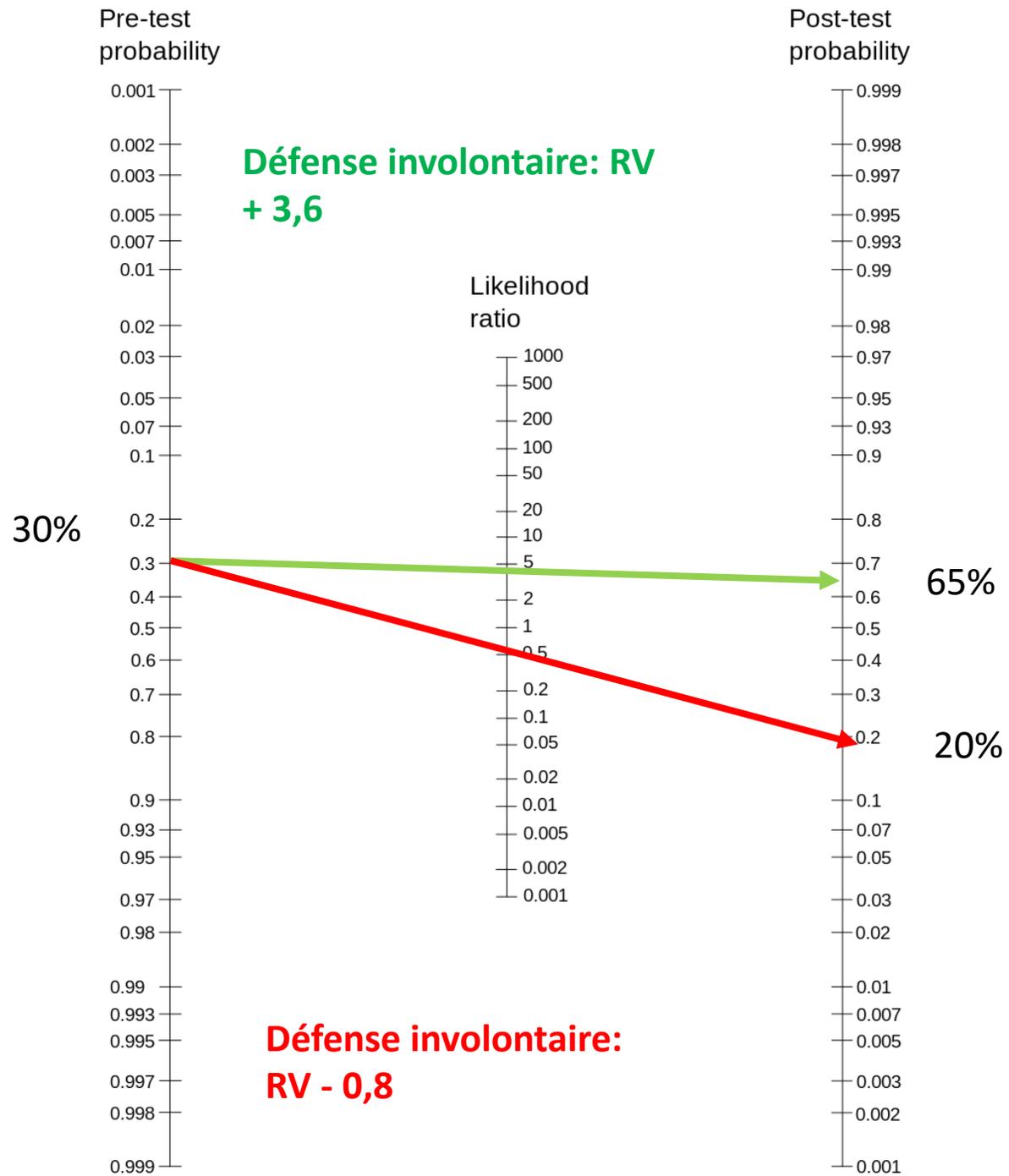
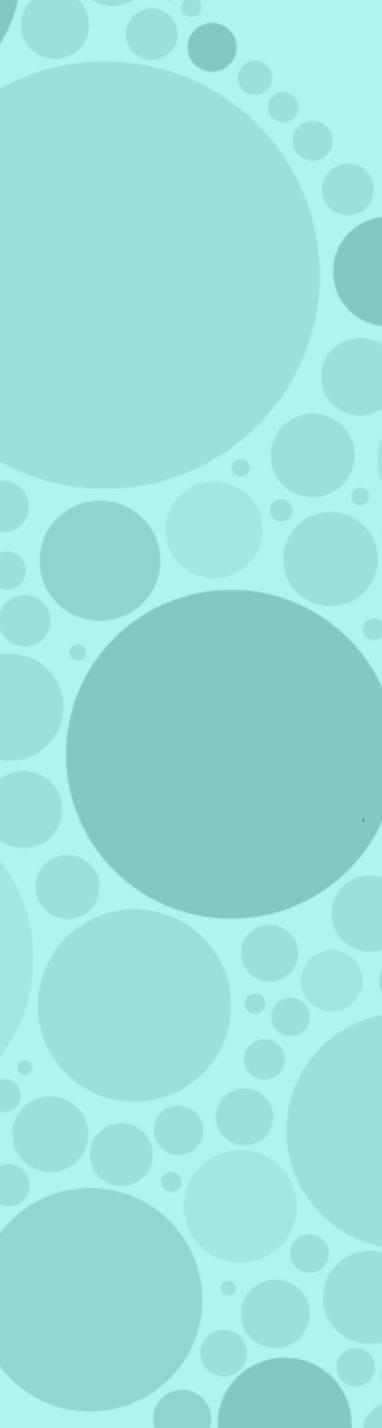
- a) Défense volontaire
- b) Défense involontaire
- c) Rebond
- d) Rovsing

# 1 - Péritonite

	Sensibilité	Spécificité	Rapport de vraisemblance +	Rapport de vraisemblance -
Défense volontaire	13-46%	46-100%	2,3	0,6
Défense involontaire	6-66%	76-100%	3,6	0,8
Rebond	37-100%	1-100%	2	0,4
Rovsing	N/A	N/A	N/A	N/A

# 1 - Péritonite

	Rapport de vraisemblance +	Rapport de vraisemblance -
Défense volontaire	2,3	0,6
Défense involontaire	3,6	0,8
Rebond	2	0,4
Percussion douloureuse	2,4	0,5
Rovsing	Non étudié pour la péritonite générale	Non étudié pour la péritonite générale



# 1 – Péritonite (réponse)

Homme de 43 ans qui se plaint d'une **douleur abdominale** depuis hier soir. Il fait de la **fièvre** et a eu une **coloscopie** récente.

À l'aide de l'histoire, vous suspectez à **30% (modéré)** le risque d'une péritonite. Quel signe clinique vous sera le plus utile dans le diagnostic d'une péritonite?

a) Défense volontaire

b) Défense involontaire

c) Rebond

d) Roving

## 2 - Appendicite

	Rapport de vraisemblance +	Rapport de vraisemblance -
Rovsing	2,3	0,8
Mc Burney	3,4	0,4
Psoas	2	0,9
Obturateur	Non significatif	Non significatif

[Retour à la Table des matières](#)

# 3 – Tunnel carpien

Homme de 57 ans, a des **paresthésies** aux mains **bilatérales progressives** depuis plusieurs mois.

À l'aide de l'histoire, vous suspectez à 35% (modéré) le risque d'un tunnel carpien.

- a) Signe de Tinel
- b) Signe de Phalen
- c) Signe de Flick
- d) Closed fist

# Flick test

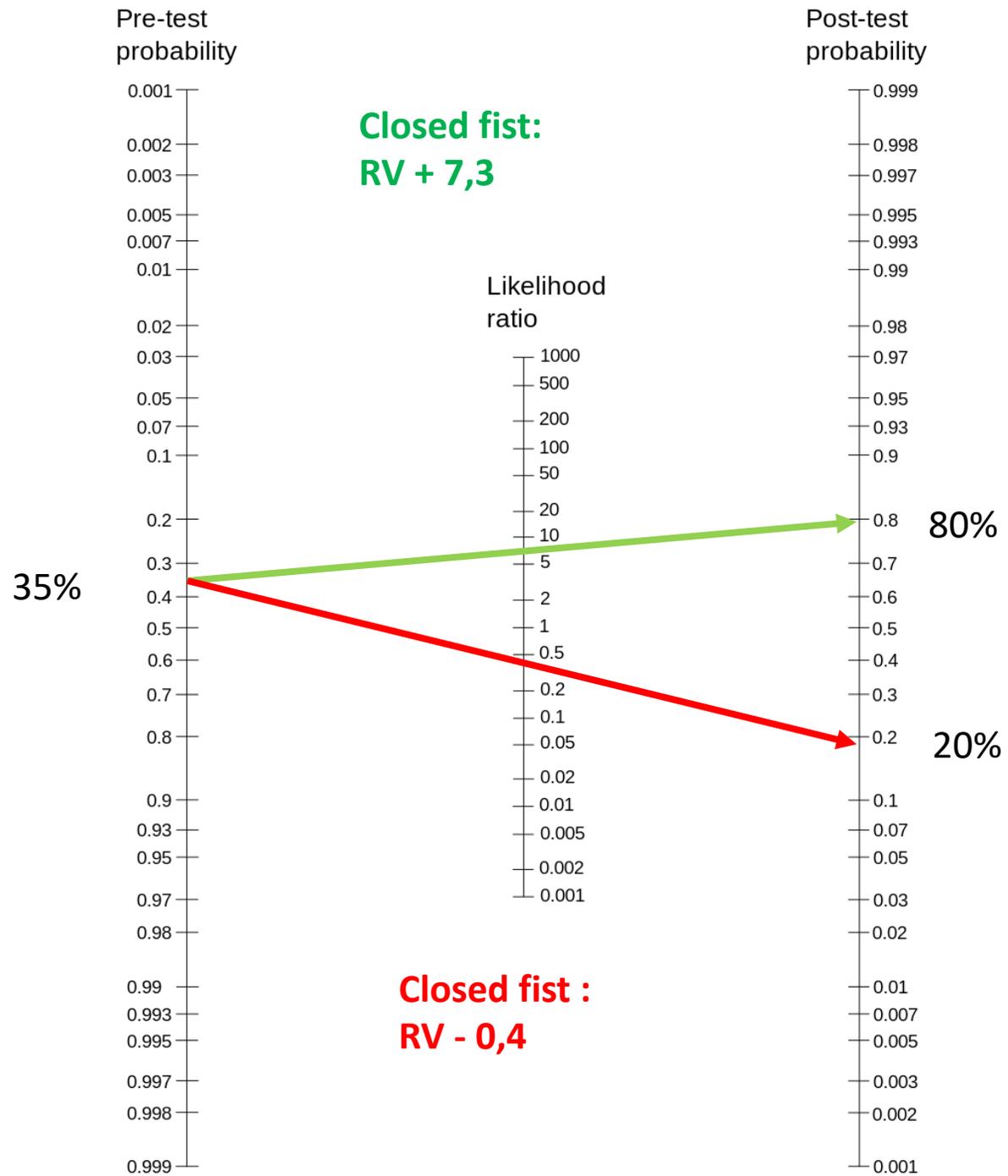


**« Closed fist »**



# Probabilité Tunnel carpien

	Rapport de vraisemblance +	Rapport de vraisemblance -
Signe de Tinel	1,4	0,8
Signe de Phalen	1,3	0,7
Closed fist (De Smet et al. 1995) 35 patients	7,3	0,4
Signe de Flick (Pryse-Phillips 1984) 396 patients	21	0,1
Signe de Flick (Hansen, 2004) 142 patients	1,4	0,85



# 3 – Tunnel carpien

Homme de 57 ans, a des **paresthésies** aux mains **bilatérales progressives** depuis plusieurs mois.

À l'aide de l'histoire, vous suspectez à **35% (modéré)** le risque d'un tunnel carpien. Quel signe clinique serait le plus utile pour le diagnostic d'un tunnel carpien?

- a) Signe de Tinel
- b) Signe de Phalen
- c) Signe de Flick
- d) Closed fist

Message clé : Donc contrairement à ce qu'on nous a longtemps enseigné à l'université, les signes de Tinel et Phalen ne sont que très peu discriminants dans le tunnel carpien, et il vaut la peine d'en apprendre quelques-uns plus discriminants.

## 4 – Otite moyenne aiguë

**Enfant de 8 ans**, avec sensation de **pression** dans son oreille, et **rhinorrhée importante**.

À l'aide de l'histoire, vous estimez à **10% (faible)** le risque d'une otite moyenne aiguë. En procédant à l'examen physique, quel élément vous aiderait le plus à poser un diagnostic d'otite moyenne aiguë?

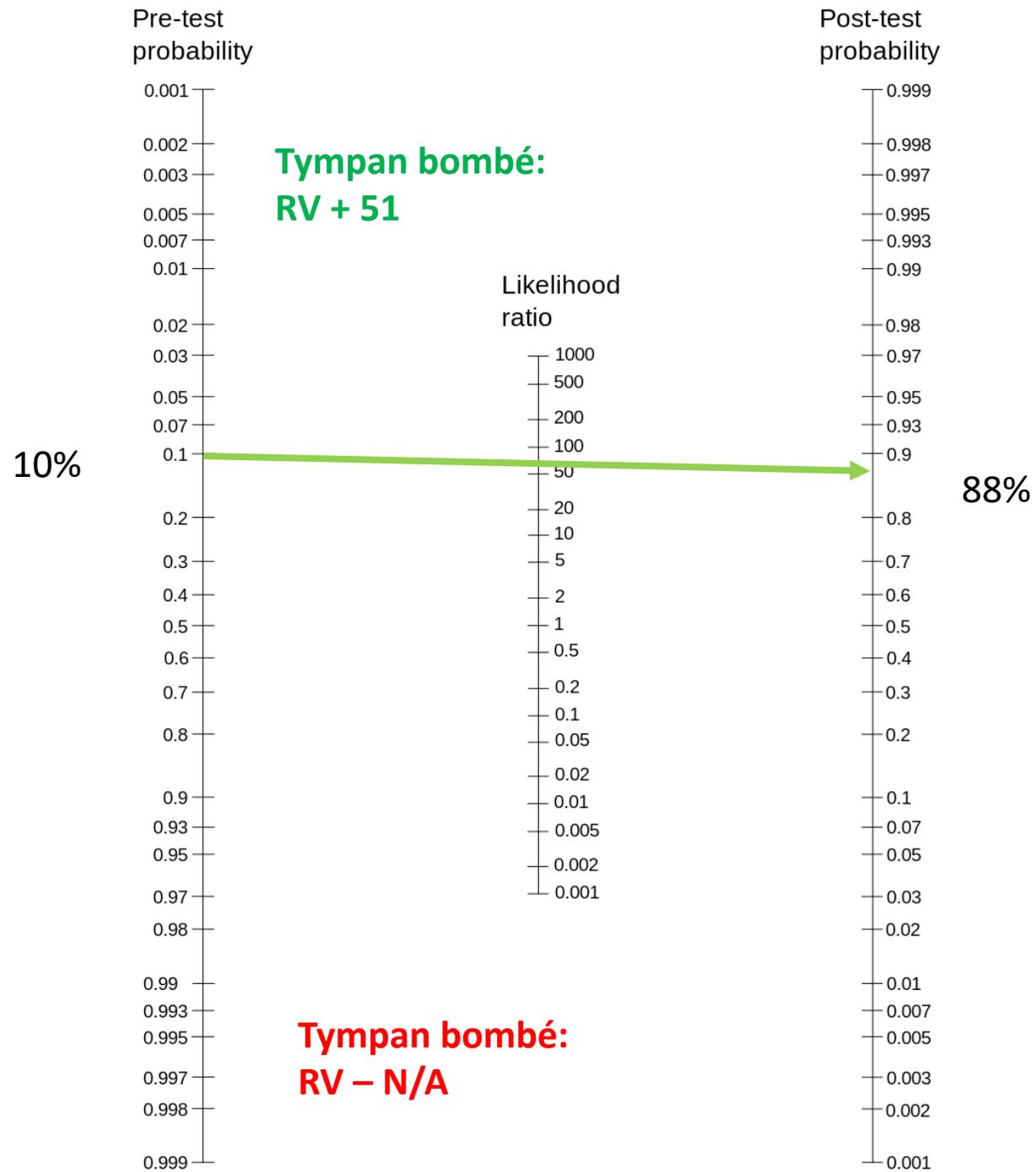
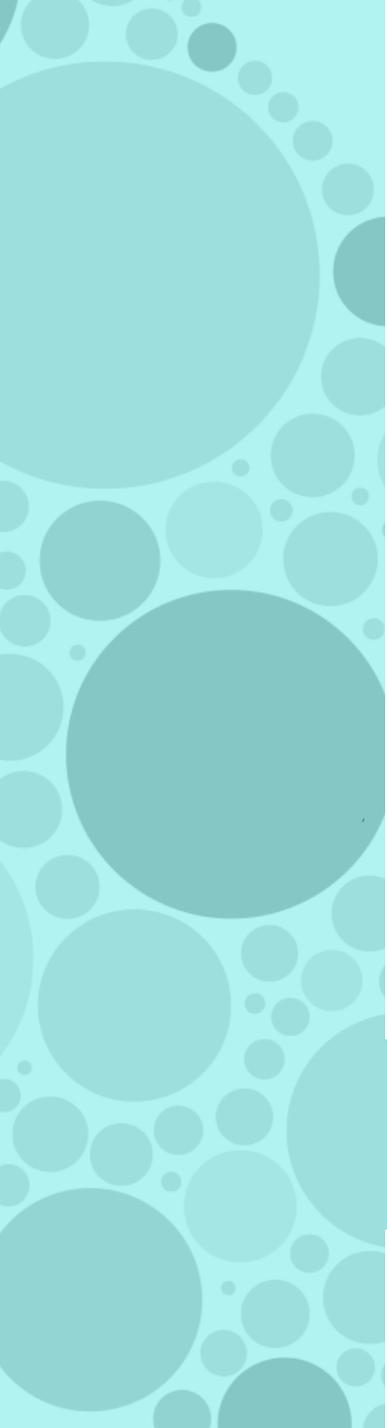
- a) Légère rougeur tympanique
- b) Grande rougeur tympanique
- c) Tympan « cloudy » ou opaque
- d) Bombement du tympan

## 4 – Otite moyenne aiguë

	Rapport de vraisemblance +	Rapport de vraisemblance -
Tympan légèrement rouge	1,4	N/A
Tympan très rouge	8,4	N/A
Tympan « cloudy » opaque	34	N/A
Tympan bombé	51	N/A
Tympan rétracté	3,5	N/A
Mobilité tympanique diminuée	31	N/A

# Otoscope pneumatique





## 4 – Otite moyenne aigu (réponse)

**Enfant de 8 ans**, avec sensation de **pression** dans son oreille, et **rhinorrhée importante**.

À l'aide de l'histoire, vous estimez à **10% (faible)** le risque d'une otite moyenne aigu. En procédant à l'examen physique, quel élément vous aiderait le plus à poser un diagnostic d'otite moyenne aiguë?

- a) Légère rougeur tympanique
- b) Grande rougeur tympanique
- c) Tympan « cloudy » ou opaque
- d) Bombement du tympan

Message clé : La rougeur du tympan en soi n'est que peu discriminante pour une otite moyenne aiguë. Le bombement ou l'opacité du tympan est très discriminant. Si ce n'est pas déjà fait, je vous encourage à vous procurer un otoscope pneumatique étant donné son RV + très élevé lorsque la mobilité du tympan est diminuée.

## 4 – Otite moyenne aiguë (et l’histoire?)

	Rapport de vraisemblance +	Rapport de vraisemblance -
Se frotter l’oreille	3.3	0,7
Douleur de l’oreille	3 à 7.3	0,4
« Mon enfant a sûrement une otite »	3,4	0,4

[Retour à la Table des matières](#)

# 5 – Radiculopathie

Homme de **42 ans**, lombalgie depuis **10 jours**, se plaint d'une douleur **diffuse dans la fesse**.

À l'histoire, vous estimez à **30% (modérée)** la probabilité qu'il y ait une atteinte radiculaire.

- a) Lasègue
- b) Tripode
- c) Lasègue croisé

# Lasègue



# Lasègue croisé

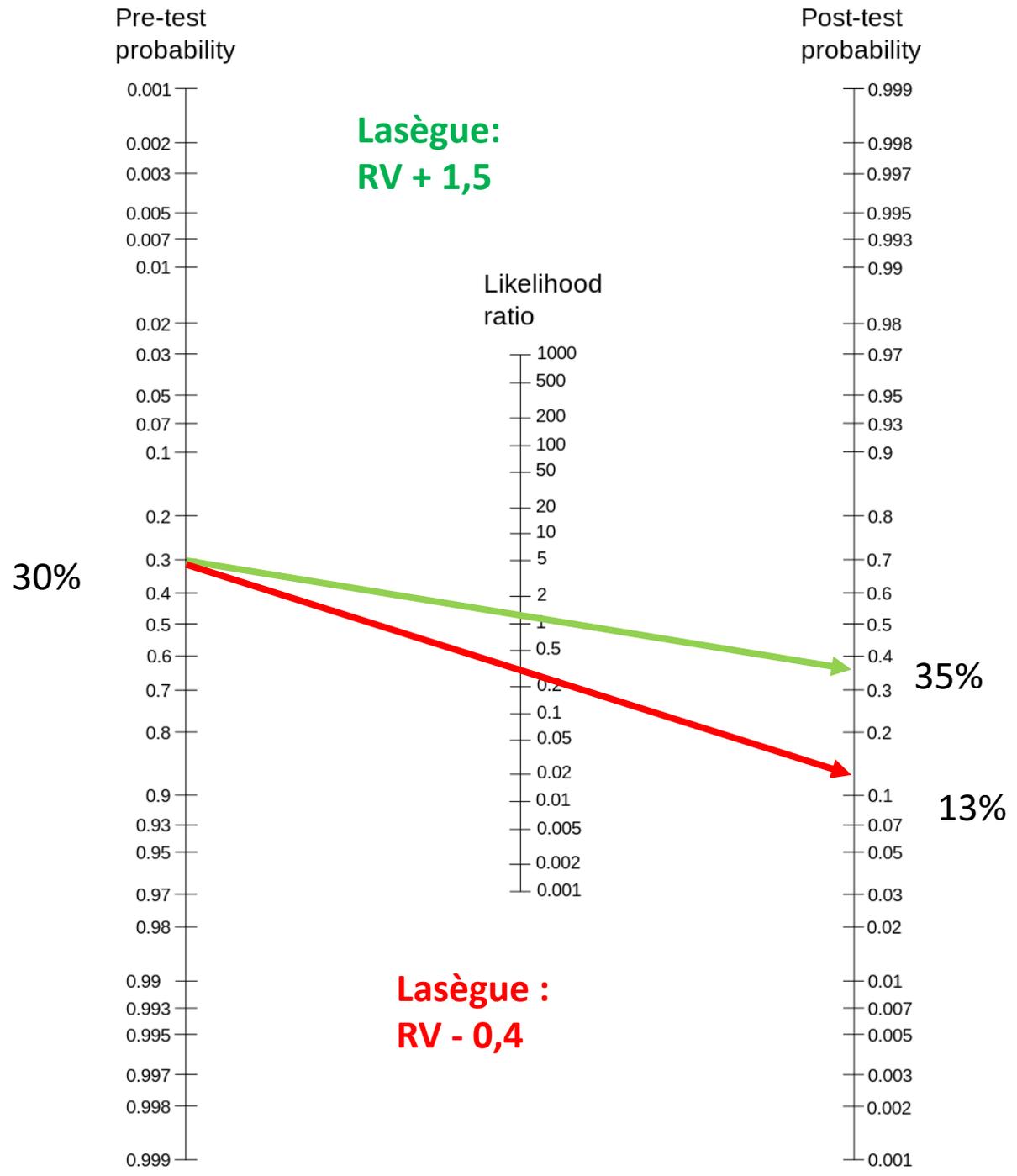
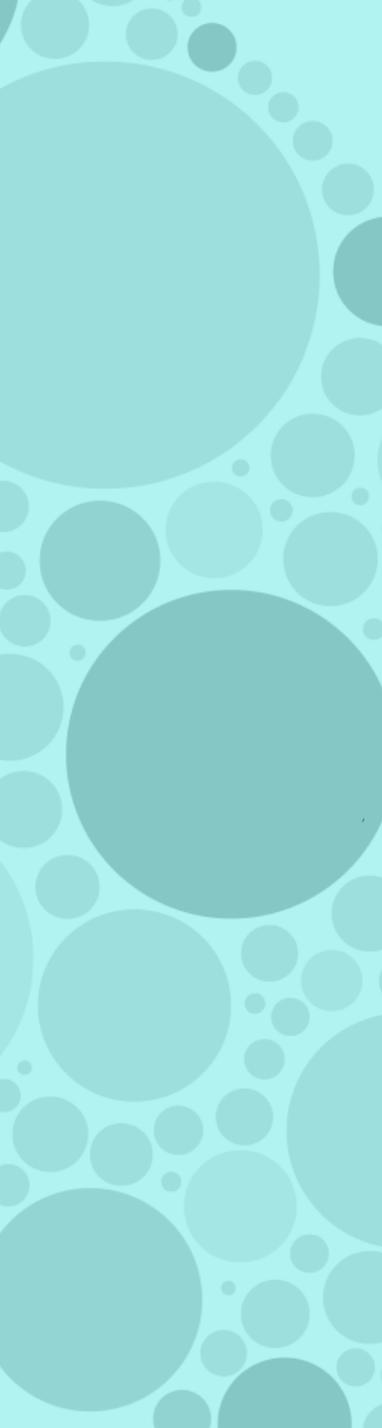


# Tripode



# Probabilité de radiculopathie

	Rapport de vraisemblance +	Rapport de vraisemblance -
Signe de Lasègue	1,5	0,4
Lasègue croisé	3,4	0,8
Tripode	N/A	N/A



# 5 – Radiculopathie

Homme de **42 ans**, lombalgie depuis **10 jours**, se plaint d'une douleur **diffuse dans la fesse**.

À l'histoire, vous estimez à **30% (modérée)** la probabilité qu'il y ait une atteinte radiculaire. En procédant à l'examen physique, quel élément vous aiderait le plus à poser le diagnostic d'une radiculopathie?

- a) Lasègue
- b) Tripode
- c) Lasègue croisé**

Message clé : Étonnamment, un signe de Lasègue positif nous aide moins à augmenter la probabilité d'une radiculopathie qu'un signe de Lasègue négative nous aide à éliminer une radiculopathie (RV + est moins bon que RV -)

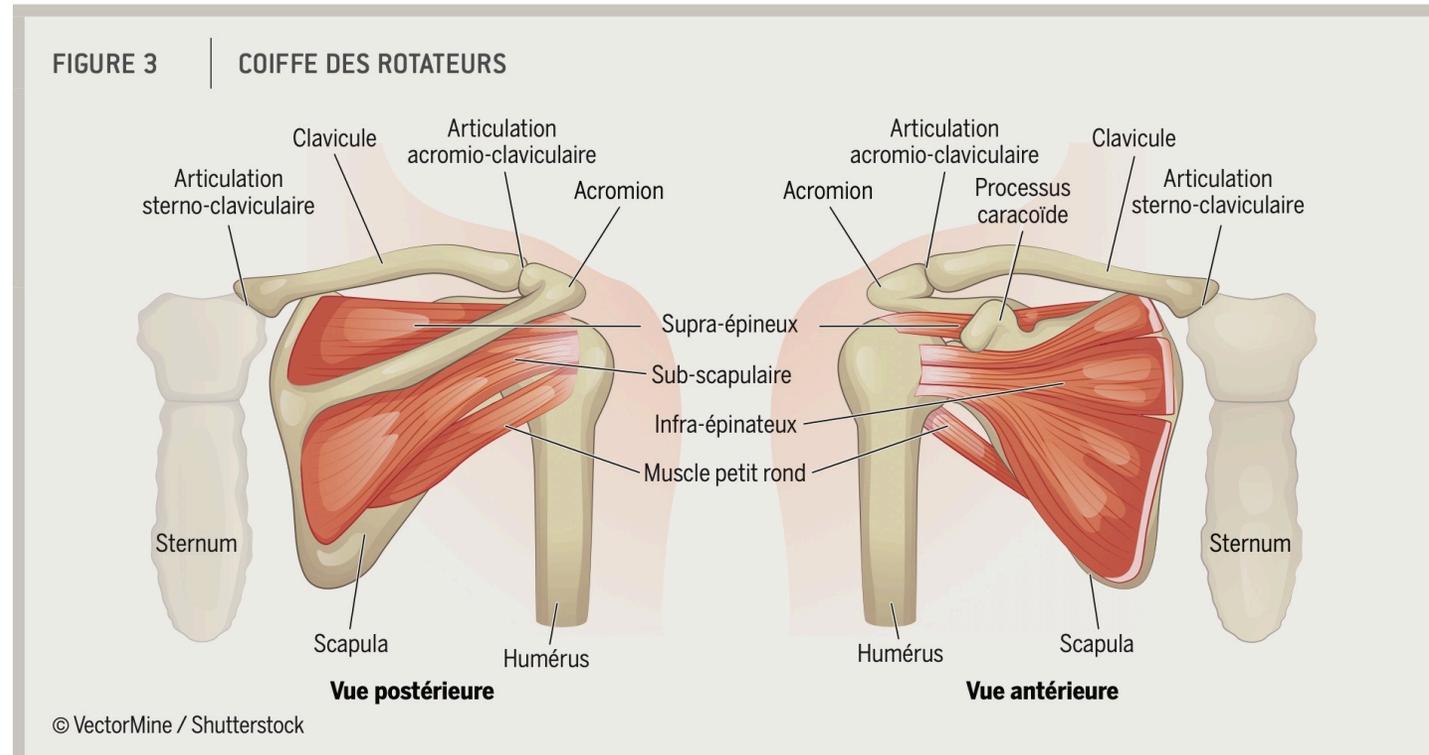
[Retour à la Table des matières](#)

# 6 – Tendinopathie de la coiffe des rotateurs

Patient de 32 ans, douleur à l'épaule droite post-déménagement. Il a déjà eu une tendinite de la coiffe des rotateurs, mais la douleur est différente cette fois-ci.

Quel test vous aiderait le plus à poser le diagnostic?

- a) Arc douloureux
- b) Yergason
- c) Speed
- d) Neer
- e) Hawkins




**EBM BOX 57.1**  
 Shoulder Pain—Individual Findings\*

Finding (Reference) <sup>†</sup>	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Likelihood Ratio <sup>‡</sup> if Finding Is	
			Present	Absent
<b>Detecting Acromioclavicular Joint Pain</b>				
Acromioclavicular joint tenderness <sup>5</sup>	96	10	NS	NS
Tenderness with compression of acromioclavicular joint <sup>8</sup>	79	50	NS	NS
Crossed body adduction test <sup>24</sup>	77	79	3.7	0.3
<b>Detecting Rotator Cuff Tendinitis</b>				
Neer impingement sign <sup>25-28</sup>	68-89	32-69	1.6	0.5
Hawkins impingement sign <sup>25-28</sup>	72-93	26-66	1.7	0.3
Hawkins or Neer impingement sign <sup>26</sup>	96	41	1.6	0.1
Yergason sign <sup>25</sup>	37	87	2.8	0.7
Speed test <sup>25,27</sup>	38-69	55-83	1.9	0.7
Painful arc <sup>25,27,28</sup>	32-74	80-82	2.9	NS
<b>Detecting Rotator Cuff Tear—Individual Findings</b>				
<b>Age<sup>22</sup></b>				
≤39 years	5	58	0.1	—
40-59 years	34	—	NS	—
≥60 years	62	81	3.2	—
Supraspinatus atrophy <sup>21</sup>	55	73	2.0	0.6
Infraspinatus atrophy <sup>21</sup>	55	73	2.0	0.6
Painful arc <sup>21,27,29</sup>	39-97	10-84	NS	0.5
Neer impingement sign <sup>26,27,29</sup>	59-88	43-82	1.7	NS
Hawkins impingement sign <sup>26,27,29</sup>	53-83	48-77	1.6	0.6
Supraspinatus testing causes pain <sup>16,18,20</sup>	63-85	52-60	1.7	0.4
Supraspinatus weakness <sup>18,20,21,27,29-31</sup>	32-84	51-89	2.0	0.6
Infraspinatus weakness <sup>21,27,29</sup>	16-76	57-84	2.6	0.6
Dropped arm test <sup>22,27,29</sup>	6-35	87-98	2.9	NS
Palpable tear <sup>32,33</sup>	91-96	75-97	10.2	0.1

Continued

### Important de comprendre

- ✓ Pour l'épaule plusieurs tests ont été inventé initialement pour l'acrochage sous-acromiale
- ✓ Puis ces test ont été étudiés dans différents diagnostics (tendinite de la coiffe des rotateurs, rupture de la coiffe des rotateurs)
- ✓ On sait que l'acrochage sous-acromiale est lié à la tendinopathie (et peut même y contribuer dans la continuum de la tendinopathie)

C'est ce qui explique qu'on l'a étudié, par exemple, le test de Neer, Hawkins et l'arc douloureux autant dans la tendinite que dans la rupture de la coiffe des rotateurs, tout en étant à la base des signes d'acrochage sous-acromiale.

Cela peut constituer un élément mélangeant en pratique lorsqu'on étudie l'examen physique

## 6 – Tendinopathie de la coiffe des rotateurs et accrochage (suite)

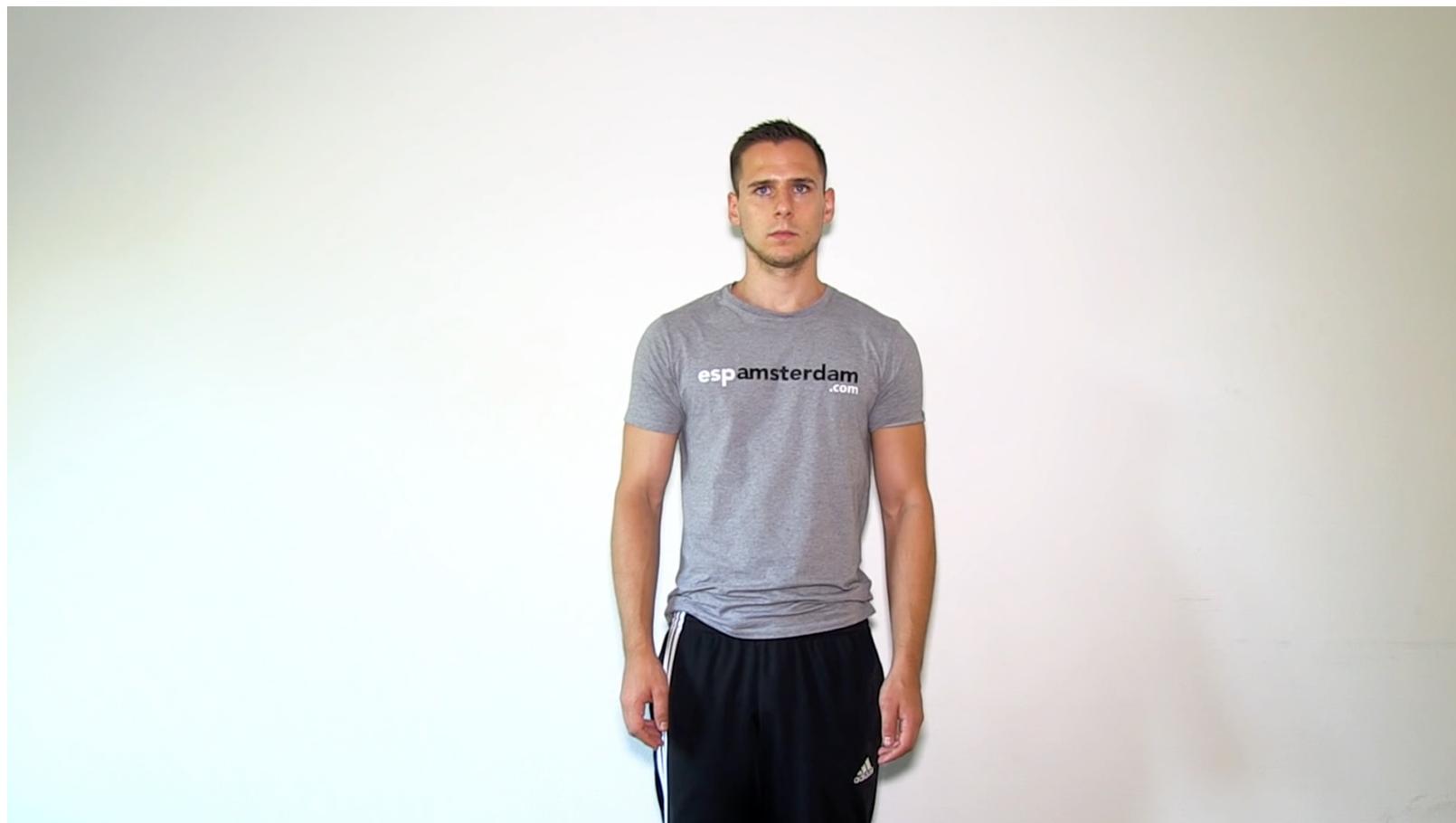
	Rapport de vraisemblance +	Rapport de vraisemblance -
Arc douloureux (général/accrochage)	2,9	Non-significatif
Neer (général/accrochage)	1,6	0,5
Yocum (général/accrochage)	?	?
Hawkins (général/accrochage)	1,7	0,3
Neer ou Hawkins (général/accrochage)	1,6	0,1
Yergason (biceps ou Slap)	2,8	0,7
Speed (biceps)	1,9	0,7
Uppercup (biceps)	3,3	0,34

## 6 – Tendinopathie de la coiffe des rotateurs et accrochage (suite)

	Rapport de vraisemblance +	Rapport de vraisemblance -
Jobe douleur (sus-épineux)	1,7	0,4
Jobe faiblesse (sus-épineux)	2,0	0,6
Gerber/Lift-off (sous-scapulaire)	94	0,1
Bear hug (sous-scapulaire)	?	?
Belly press (sous-scapulaire)	7- 50	0,5 - 0,75
Patte (sous-épineux/petit rond)	4,2	0,01-0,3

P.S. il existe des études de sensibilités/spécificités pour plusieurs manoeuvres dont les rapports de vraisemblance ne sont pas dans le tableau. Ils sont moins utiles en pratique donc cette présentation se concentre sur les rapports de vraisemblance dans les principaux livres de l'examen physique

# Arc douloureux (général)



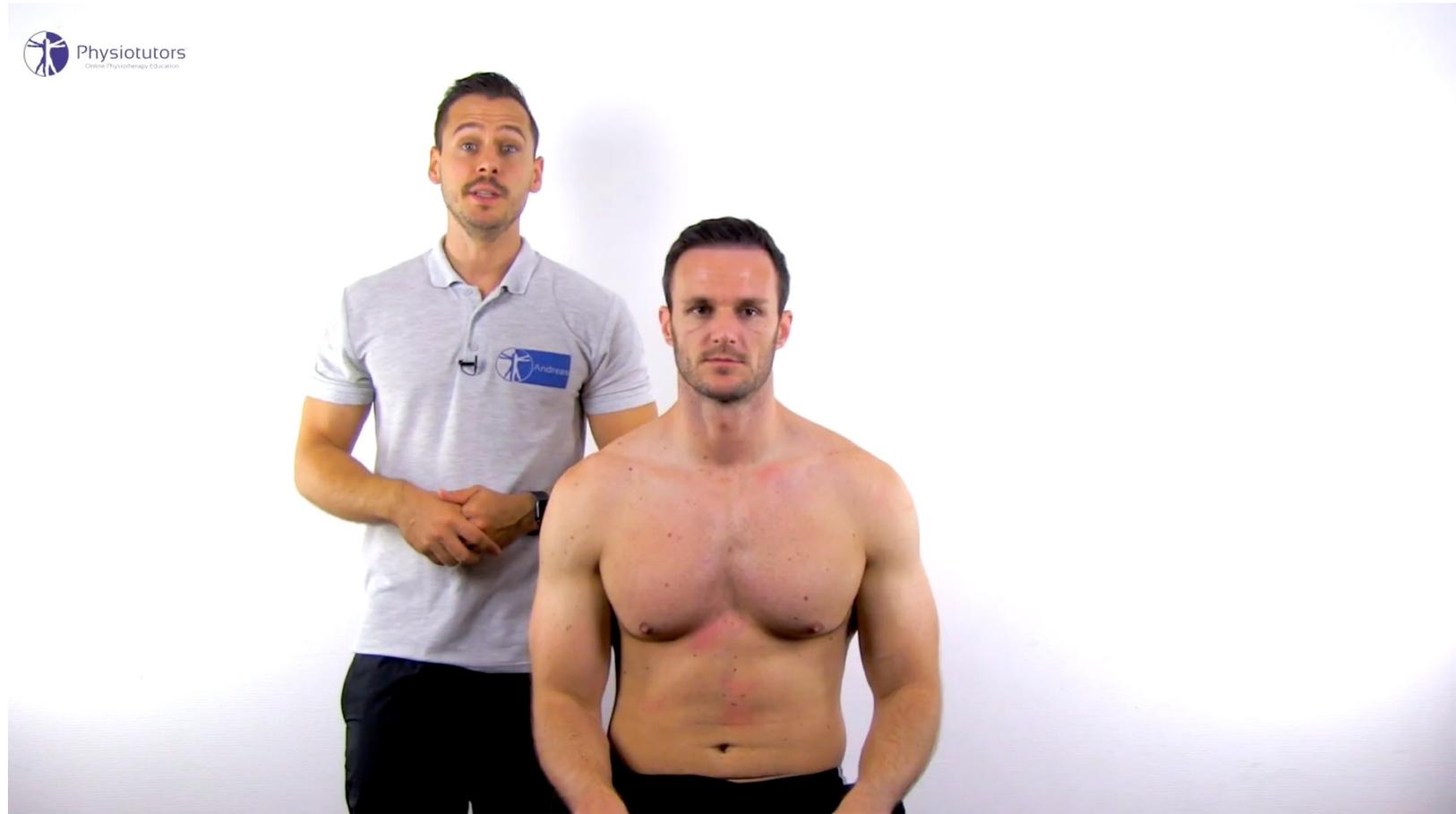
# Yergason (biceps)



# Speed (Biceps)



# Neer (général/accrochage)



# Hawkin's-Kennedy (général/accrochage)



# Jobe/Empty can test (sus-épineux)



# Gerbert/Lift off test (sous-scapulaire)



# Bear hug (sous-scapulaire)



# Belly press test (sous-scapulaire)



→ Pour vous donner une idée, la sensibilité rapportée était de 100% dans une étude, et 17% dans une autre étude... (manque d'études, manque de puissance dans les études car pas assez de participant, multiples biais, etc.)

# Test de la Patte (sous-épineux/petit rond)

Aussi appelé « Hornblower test »



## 6 – Tendinopathie de la coiffe des rotateurs

Patient de 32 ans, douleur à l'épaule droite post-déménagement. Il a déjà eu une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, mais la douleur est différente cette fois-ci.

Quel test vous aiderait le plus à poser le diagnostic?

a) Arc douloureux

b) Yergason

c) Speed

d) Neer

e) Hawkins

# Voir également vidéo de la FMOQ

- [Vidéo FMOQ sur les manoeuvres de la longue portion du biceps](#)
- [Vidéo FMOQ - Manoeuvres d'accrochage](#)
- [Vidéo FMOQ - Examen du sus-épineux](#)
- [Vidéo FMOQ - Examen du sous-épineux/petit rond](#)

# 6 – Tendinite de la coiffe des rotateurs

## Message clé :

- ✓ En général les manœuvres de l'épaule sont peu discriminantes
- ✓ Cela vaut la peine d'utiliser l'arc douloureux lors de l'examen des mouvements actifs de notre patient.
- ✓ Lorsque le Hawkins ou le Neer est négatif, il y a très peu de chance que votre patient ait une tendinopathie de la coiffe des rotateurs.
- ✓ Le Gerber est également très discriminant pour une tendinite isolée du sous-scapulaire
- ✓ Le dropped arm test est utile pour une rupture de la coiffe des rotateurs (surtout si rupture complète)
- ✓ Ne pas oublier qu'il y a d'autres diagnostics (capsulite, atteinte SLAP, entorse acromio-claviculaire, instabilité, etc.)

[Retour à la Table des matières](#)

# 7 – Mélanome



<https://www.gponline.com/clinical-review-malignant-melanoma/cancer/skin/article/1134316>

- Quels critères de l'ABCDE peuvent le plus nous aider dans le dx du mélanome?
  - Et pour l'exclusion du mélanome?
- A: Asymétrie
  - B: Bordure
  - C: Couleur
  - D: Diamètre
  - E: Enlargement (agrandissement)

# 7 – Mélanome

	Rapport de vraisemblance +	Rapport de vraisemblance -
Asymétrie (dans 2 axes)	2,1	0,6
Bordure (>2 bords irréguliers)	2,1	0,6
Couleur (1 couleur)	1,6	0,6
Diamètre (> 6mm)	2,3	0,2
Enlargment	11	0,2

En faveur d'un mélanome: E

Contre le mélanome: D+E

# Et si on additionne les critères?

	Rapport de vraisemblance +
5 critères présents	98
4 critères présents	8,3
3 critères présents	3,3
2 critères présents	2,6
1 critère présent	1,5

Critères
Asymétrie (dans 2 axes)
Bordure (>2 bords irréguliers)
Couleur (1 couleur)
Diamètre (> 6mm)
Enlargment

# 7 - Mélanome

Message clé : La règle du ABCDE pour le mélanome a été créée pour diminuer le risque de manquer des mélanomes. Ceci étant dit, le plus dangereux est lorsqu'une lésion s'élève (enlargment). Par ailleurs, le plus rassurant est lorsqu'une lésion fait moins de 6 mm de largeur.

Par ailleurs la règle du ABCDE s'applique seulement pour différencier naevus v.s. mélanome (et non pas dans les kératose séborrhéiques par exemple)

[Retour à la Table des matières](#)

## 8 – Affections neurologiques non organiques

Patient de 38 ans, se plaint de **faiblesse/paralysie du bras gauche**. Lors de votre examen, ses **déficits semblent variés dans le temps**.

À l'histoire, vous estimez à **30% (modéré)** la probabilité que le patient ait une pathologie non organique (factice/conversion). Quel test physique vous permettrait d'écarter suffisamment le diagnostic de l'AVC pour vous empêcher d'appeler le neurologue?

- a) « Bras sur la tête »
- b) Arm drift without pronation
- c) Hoover sign
- d) Test de la chaise

# Arm drift without pronation



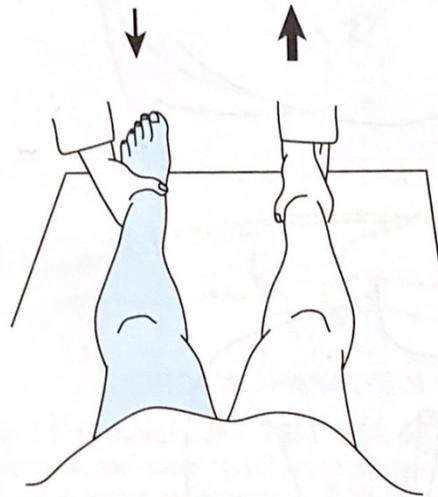
# Arm drift without pronation (non neurologique)



# Hoover sign

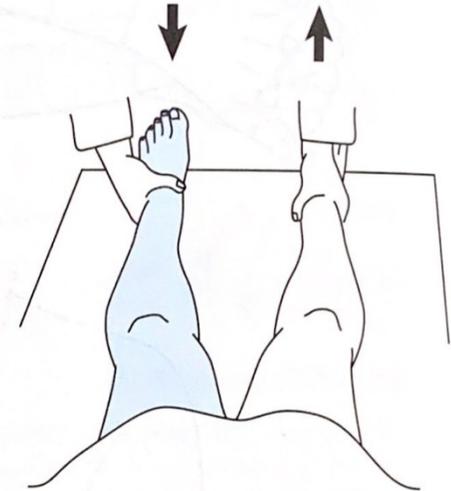
ORGANIC PARALYSIS

"Lift the sound leg"

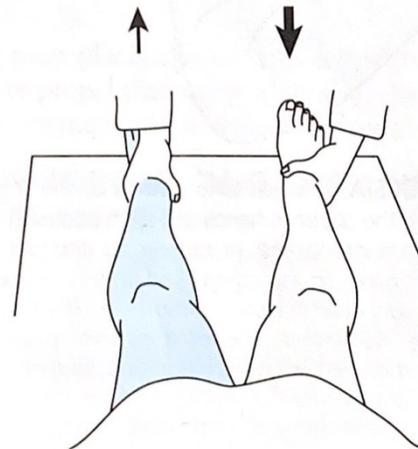


NONORGANIC PARALYSIS

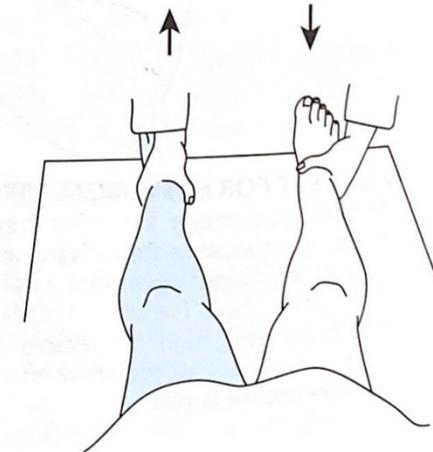
"Lift the sound leg"



"Lift the paralyzed leg"

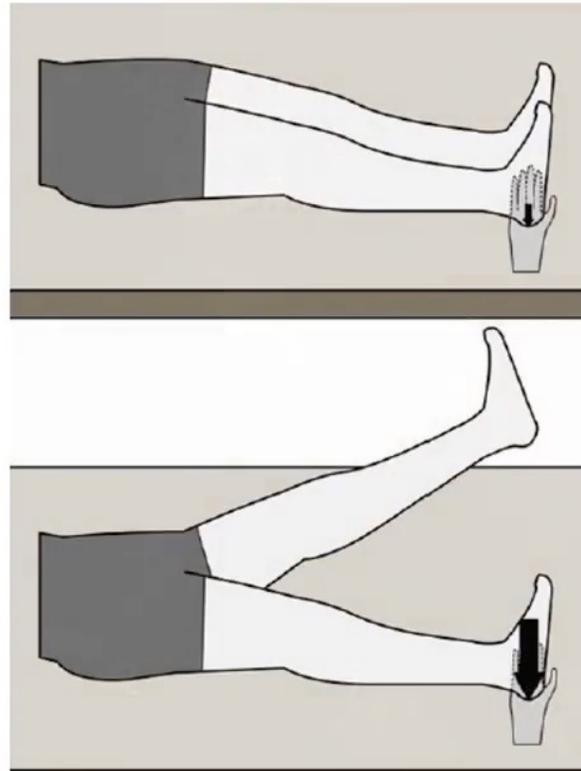


"Lift the paralyzed leg"



# Hoover sign

## Historical Background



He described it as follows: "If a normal person, lying on a couch in the dorsal position, be asked to lift the left foot off the couch with the leg extended, the right heel will be observed to dig into the couch as the left leg and thigh are elevated."

# Chair test

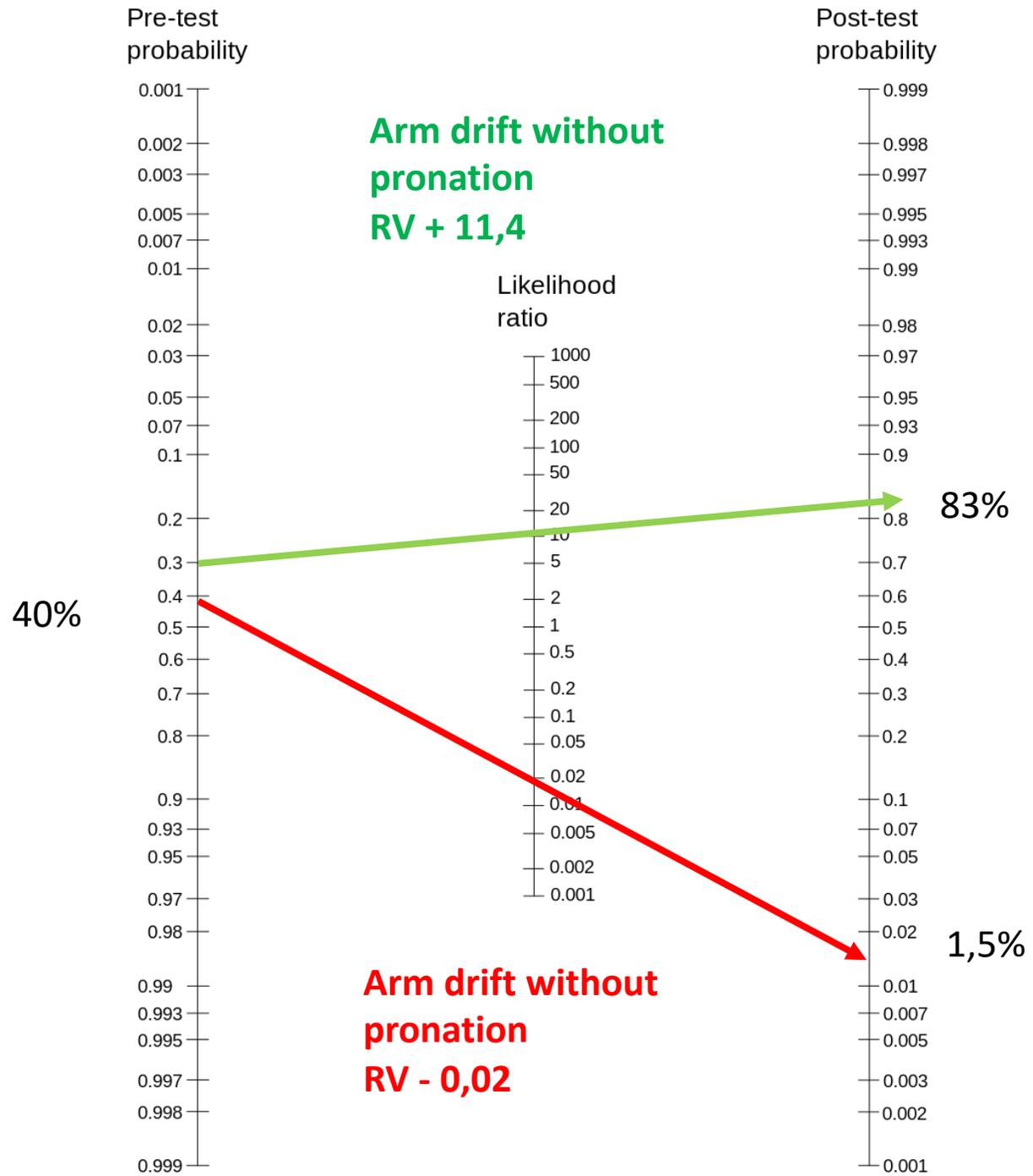
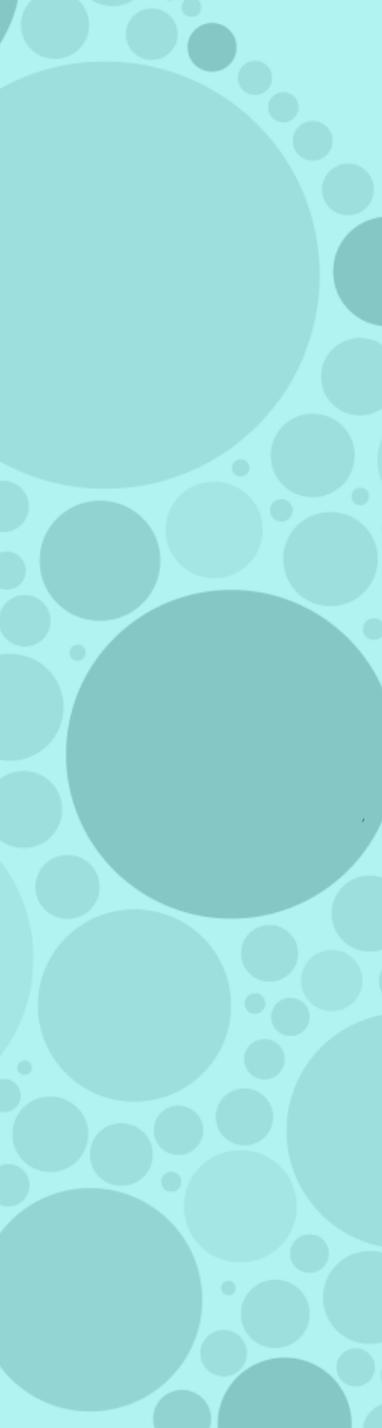


## Résumé:

- Utile pour les plaintes de démarches
- On demande au patient de marcher 20-30 pas puis de revenir
- Puis, on lui demande de refaire la même distance, mais cette fois en étant assis dans une chaise roulante et de se déplacer en utilisant ses jambes
- Si le patient accélère la cadence lorsqu'il est assis en chaise roulante, le test est considéré positif et un diagnostic neurologique est moins probable.

# 8 – Affections neurologiques non organiques

	Rapport de vraisemblance +	Rapport de vraisemblance -
« Bras sur la tête »	N/A	N/A
Arm drift without pronation	11,4	0,02
Hoover sign	42	0,3
Test de la chaise	17	0,2



## 8 – Affections neurologiques non organique

Patient de 38 ans, se plaint de **faiblesse/paralysie du bras gauche**. Lors de votre examen, ses **déficits semblent variés dans le temps**.

À l'histoire, vous estimez à **30% (modéré)** la probabilité que le patient ait une pathologie non organique (factice/conversion). Quel test physique vous permettrait d'écarter suffisamment le diagnostic de l'AVC pour vous empêcher d'appeler le neurologue?

- a) « Bras sur la tête »
- b) Arm drift without pronation
- c) Hoover sign
- d) Test de la chaise

Message clé : Ces petites perles peuvent nous sauver bien du trouble lorsqu'on suspecte un trouble factice neurologique, mais qu'on veut se réassurer à l'examen physique. Les 2 premiers sont pour des atteintes membres supérieurs, et les 2 autres pour les membres inférieurs

[Retour à la Table des matières](#)

## 9 – Irritation méningée

Patient de **26 ans**, qui se plaint d'une **céphalée**. Il est connu pour des **migraines**, mais l'infirmière vous apprend qu'il fait **38,3°C rectal**.

À l'histoire, vous estimez à **5% (faible)**, la probabilité que le patient ait une méningite. Quel test vous aiderait le plus à éliminer une méningite?

- a) Raideur de la nuque
- b) Brudzinski
- c) Kernig

# Brudzinski

## Brudzinski's Sign



Brudzinski's Sign

When the patient's neck is flexed (after ruling out cervical trauma or injury), flexion of the knees and hips is produced; when the lower extremity of one side is passively flexed, a similar movement is seen in the opposite extremity



# Kernig

## Kernig's Sign



Kernig's Sign

When the patient is lying with the thigh flexed on the abdomen, the leg cannot be completely extended

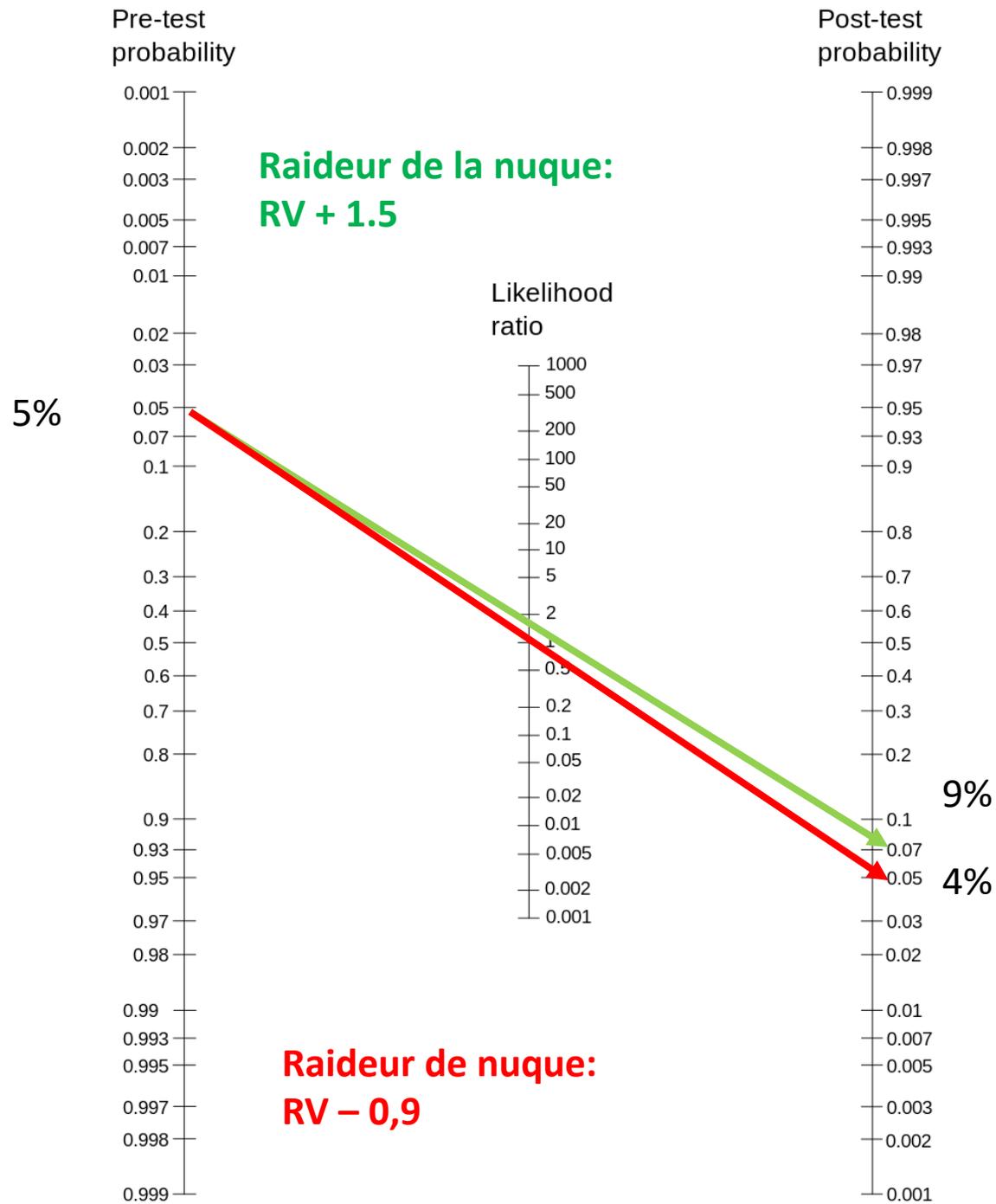
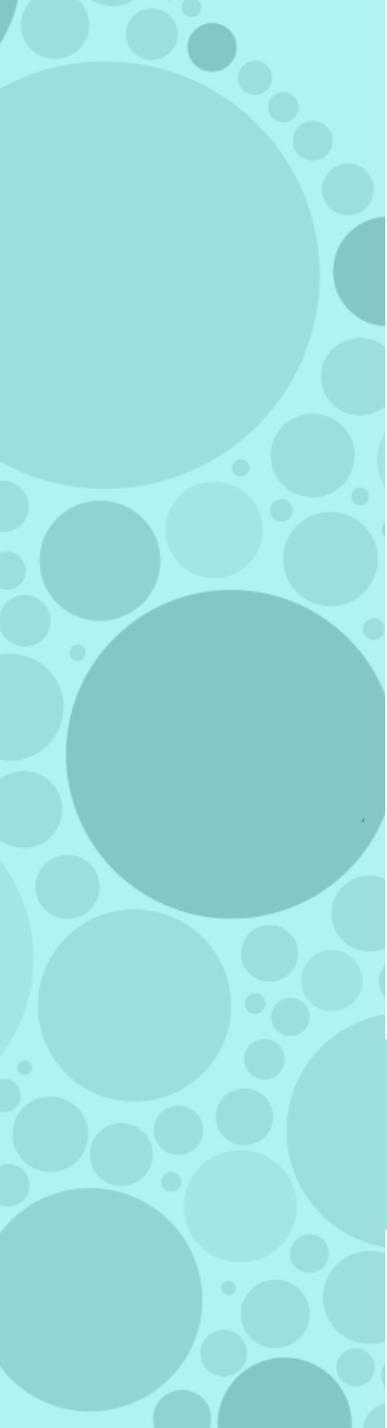


## 9 – Irritation méningée (pour la méningite)

	Rapport de vraisemblance +	Rapport de vraisemblance -
Raideur de la nuque	1,5	0,9
Jolt accentuation	2,4	0,05
Signe de Brudzinski	2,2	0,97
Kernig	2,5	1
Atteinte état général	N/A	N/A

# Jolt accentuation





## 9 – Irritation méningée

Patient de **26 ans**, qui se plaint d'une **céphalée**. Il est connu pour des **migraines**, mais l'infirmière vous apprend qu'il fait **38,3°C rectale**.

À l'histoire, vous estimez à **5% (légère)**, la probabilité que le patient ait une méningite. Quel test vous aiderait le plus à éliminer une méningite?

- a) Raideur de la nuque
- b) Brudzinski
- c) Kernig

Aucune de ces réponses,  
jugement clinique, Jolt  
accentuation, etc.

Message clé : On ne devrait pas considérer que « pas de raideur de la nuque donc c'est réassurant » Ceci n'est pas vrai. La raideur de la nuque est seulement utile lorsqu'elle est présente. Apprenez plutôt le Jolt accentuation test pour diminuer la probabilité d'une irritation méningée.

[Retour à la Table des matières](#)

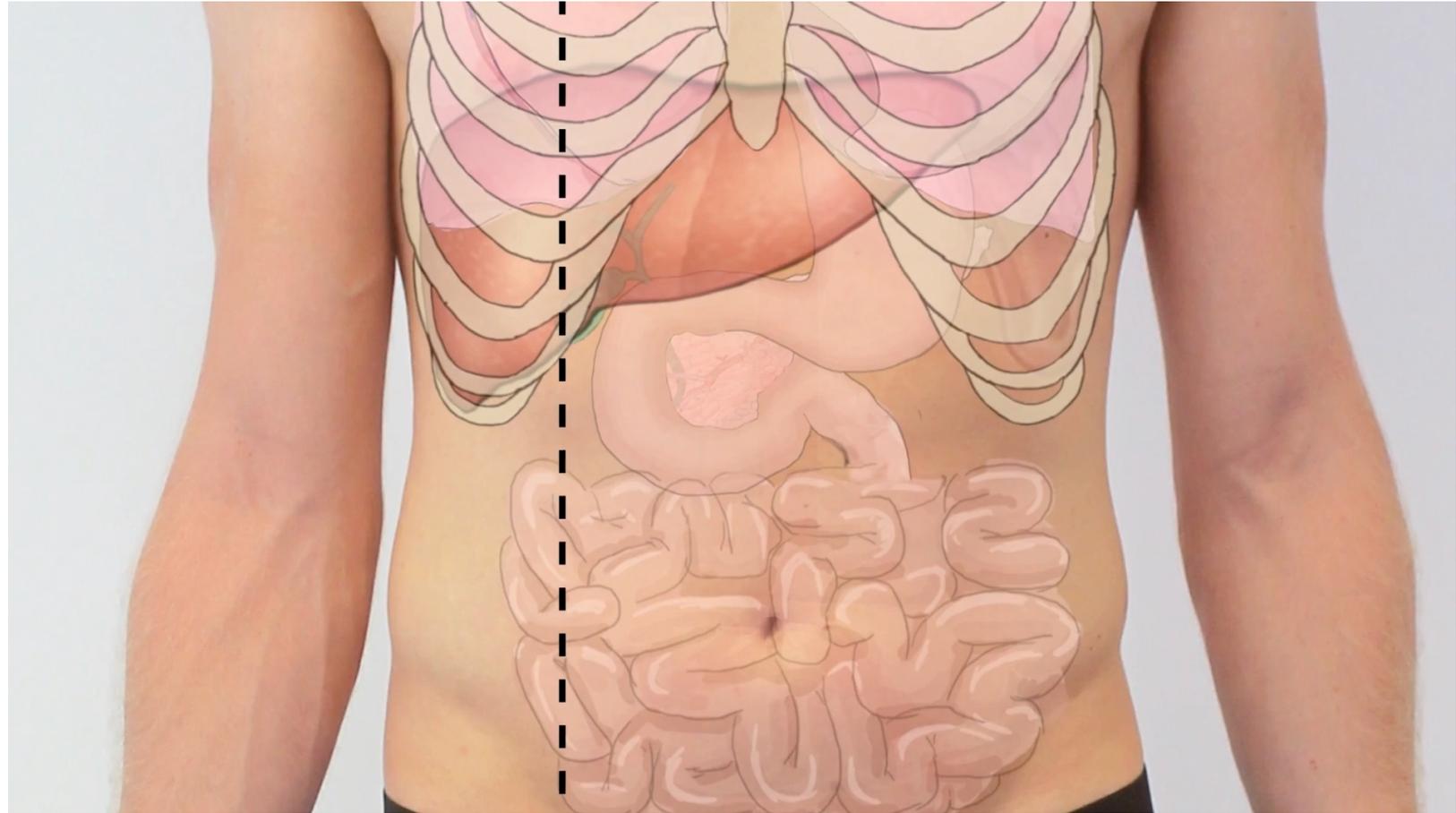
# 10 – Cholécystite

Femme de 47 ans, douleur abdominale depuis 4 heures avec de la fièvre (38,1 buccale).

À l'histoire, vous estimez à 20% la probabilité que le patient ait une cholécystite. Est-ce que le test de Murphy positif augmenterait la probabilité d'un diagnostic de cholécystite?

- a) Oui
- b) Non

# Murphy



# 10 – Cholécystite

	Rapport de vraisemblance +	Rapport de vraisemblance -
Douleur quadrant supérieur droit	2,7	0,4
Murphy	3,2	0,6
Murphy à l'écho	2,7	0,13
Intuition clinique	25-30	

# 10 – Cholécystite

Femme de 47 ans, douleur abdominale depuis 4 heures avec de la fièvre (38,1 buccale).

À l'histoire, vous estimez à 20% la probabilité que le patient ait une cholécystite. Est-ce que le test de Murphy positif augmenterait la probabilité d'un diagnostic de cholécystite?

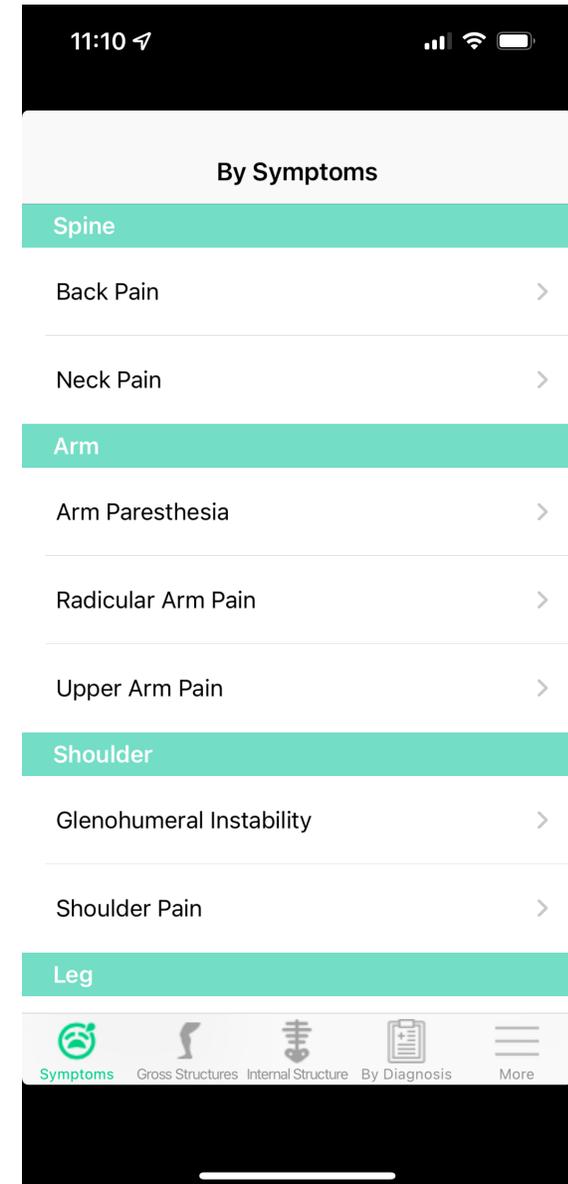
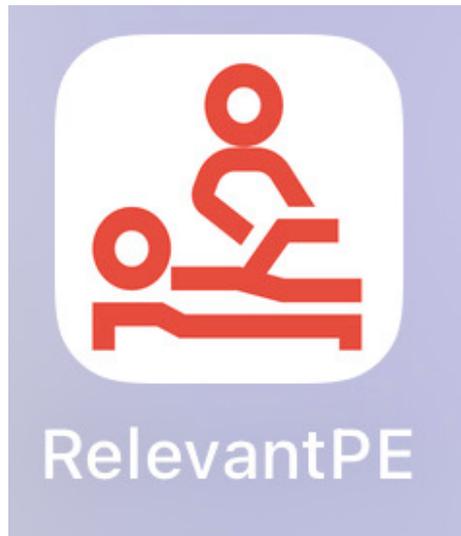
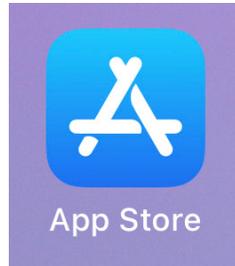
a) Oui

b) Non

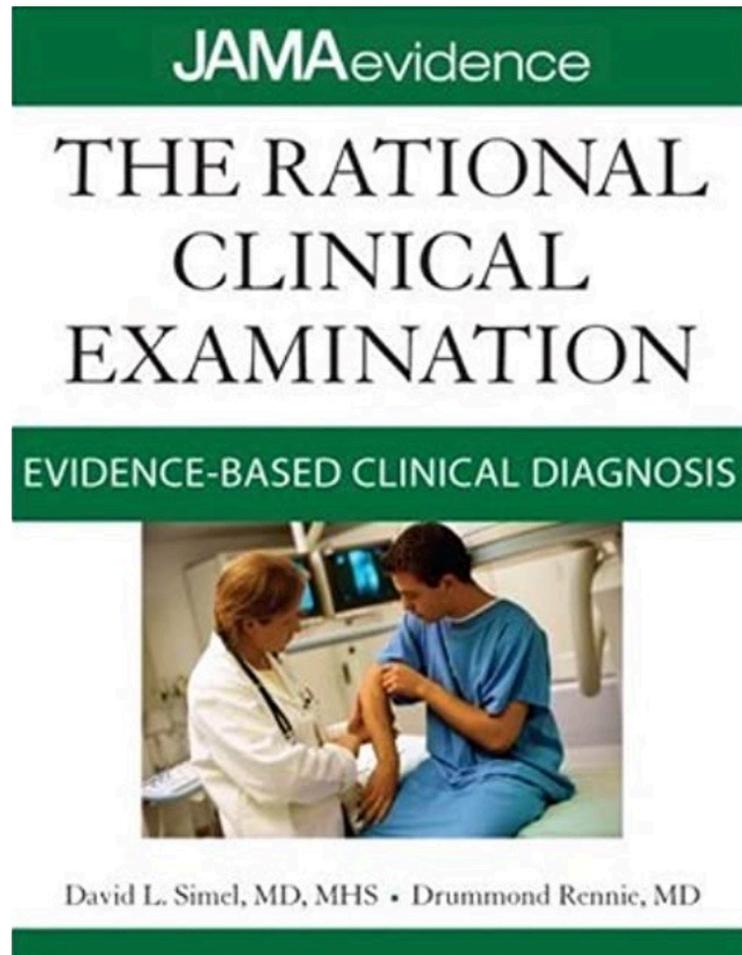
Message clé : Le Murphy est un test modérément discriminant, mais n'oubliez pas qu'il consiste en un arrêt de la respiration lorsqu'on appuie à l'hypocondre droit (et non pas une douleur à l'hypocondre droit en appuyant à l'hypocondre droit). L'échographie au chevet est très utile si pas de douleur en appuyant sur une vésicule biliaire bien visible. L'intuition clinique demeure votre meilleur allié (comme dans bien des situations en médecine)

[Retour à la Table des matières](#)

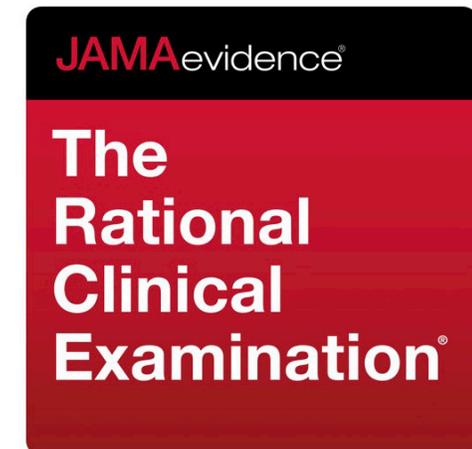
# Application utile en clinique



# Balado utile en clinique



## Émissions



JAMAevidence The Ra...  
JAMA Network

# Capsule Loco-EBM (TopMU/TopMF)



**Loco EBM:  
L'examen  
physique du  
genou**



01/09/2021

[Capsule Genou](#)



**Loco EBM :  
L'examen  
physique de la  
cheville**



26/08/2021

[Capsule Cheville](#)



**Loco EBM:  
L'examen  
physique de  
l'épaule**



08/09/2021

[Capsule Épaule](#)

# Conclusion



Plusieurs manoeuvres de l'examen physique demeurent peu étudiés de nos jours



Peu de manoeuvres à l'examen physique permettent de confirmer ou exclure un diagnostic lorsque pris seul



Leur utilité en clinique dépend souvent du contexte clinique et de la probabilité pré-test de votre patient

## Pour en savoir plus...

- Horaire des séances  
« Choisir avec soin » au  
FMF 2023
- Liste de ressources
- Sites web de Choisir avec  
soin Québec et de Choisir  
avec soin Canada



# Merci !

Veillez remplir l'évaluation de la séance dès maintenant !

**#monfmf**



FamilyMedicineForum



FamilyMedForum



FamilyMedForum

Période de questions

Merci de votre attention 😊



# Références

- Dakkak A, Krill MK, Krill ML, Nwachukwu B, McCormick F. Evidence-Based Physical Examination for the Diagnosis of Subscapularis Tears: A Systematic Review. *Sports Health*. 2021;13(1):78-84. doi:10.1177/1941738120936232
- Garner J. *The Rational Clinical Examination: Evidence-Based Clinical Diagnosis*, edited by David L. Simel, MD, MHS, and Drummond Rennie, MD. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2010;23(1):0087.
- Hippensteel KJ, Brophy R, Smith MV et coll. A comprehensive review of physical examination tests of the cervical spine, scapula, and rotator cuff. *J Am Acad Orthop Surg* 2019 ; 27 (11) : 385-94 et 395-404. DOI : 10.5435/JAAOS-D-17-00090.
- McGee S. Teaching Evidence-Based Physical Diagnosis: Six Bedside Lessons. *South Med J*. 2016 Dec;109(12):738-742. doi: 10.14423/SMJ.0000000000000572. PMID: 27911963.
- Rigsby R, Sitler M, Kelly JD. Subscapularis tendon integrity: an examination of shoulder index tests. *J Athl Train*. 2010;45(4):404-406. doi:10.4085/1062-6050-45.4.404