

Examen du rachis

GUILLAUME JORDAN, ALBAN SADIKU, GABIN HORISBERGER

Table des matières

Introduction	02
Contexte	02
Examen clinique	02
1. Inspection	04
2. Palpation	05
3. Mobilité et force	07
4. Examen neurologique	09
Carte de synthèse	12

PROFILES

Ce document a pour objectif de soutenir l'apprentissage des étudiants en présentant et explicitant les outils nécessaires à la réalisation d'un examen du rachis, compétence clinique à acquérir en vue du diplôme fédéral et de l'assistantant, et définie selon les Entrustable Professional Activities (EPA) | PROFILES auquel nous vous référons.

Attention, effectuer un examen exhaustif n'est pas toujours possible en clinique. Selon les informations obtenues du patient, il est attendu de votre part de réaliser les éléments pertinents de l'examen.

INTRODUCTION

Les maladies musculo-squelettiques peuvent atteindre les différentes structures osseuses, musculaires, cartilagineuses, tendineuses ou encore ligamentaires. En Suisse, on considère qu'au moins 80% de la population a au moins souffert une fois du dos. Il s'agit du 1^{er} motif de consultation chez les médecins généralistes devant les insomnies, la fatigue ou encore les maux de tête. Les causes peuvent être traumatiques, infectieuses, néoplasiques, dégénératives, etc.

L'examen ostéo-articulaire sera très souvent complété par des examens complémentaires (radiographie, IRM, etc.) en fonction du diagnostic différentiel.

CONTEXTE

Avant de commencer l'examen, il est essentiel de s'assurer que l'environnement est adapté. **On se présente au patient** avant de débiter l'examen, on lui demande son accord et on lui fournit des explications sur le déroulement. Mettre le patient à l'aise est une priorité et permet aussi de renforcer l'alliance thérapeutique. L'examen clinique en est d'autant plus facilité.

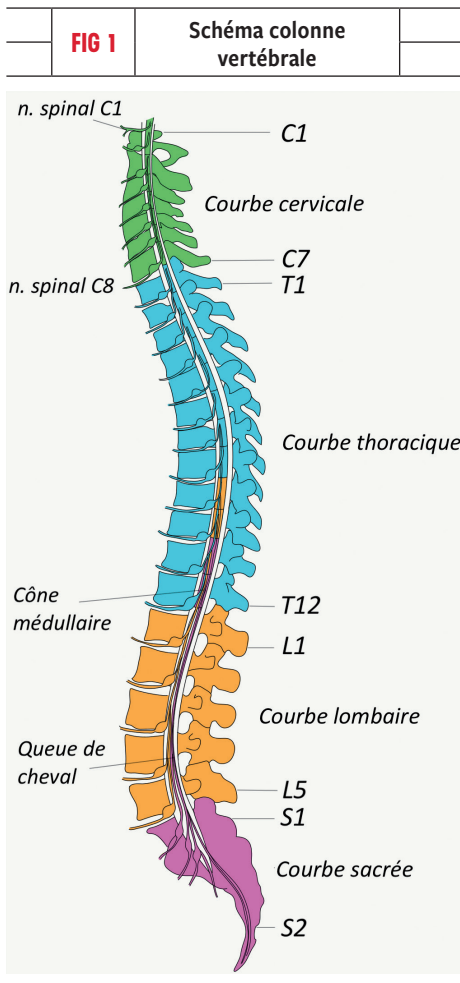
Les règles d'hygiène prescrivent **une désinfection** des mains en entrant et en sortant de la pièce, avant et après contact avec le patient et après contact avec l'environnement du patient. Elles prescrivent également le port de gants lors de contact avec des liquides biologiques.

Pour l'examen du rachis, on demande au patient **d'enlever le haut et le bas** en lui expliquant qu'il est essentiel d'avoir accès au rachis dans son ensemble. L'examen du patient se fait à la station debout, couchée et assise.

EXAMEN CLINIQUE

La colonne vertébrale, ou rachis, est la partie du squelette axial qui relie le bassin à la tête. Le rachis est composé de 33 vertèbres, qui sont unies entre elles au moyen d'articulations, c'est-à-dire les disques intervertébraux et articulations postérieures, au moyen de muscles et de ligaments. On le divise en 3 parties mobiles et deux blocs osseux. Les 3 parties mobiles sont le rachis cervical, composé de 7 vertèbres cervicales, le rachis thoracique ou dorsal, composé de 12 vertèbres thoraciques ou dorsales et le rachis lombaire, composé de 5 vertèbres lombaires. Les deux blocs osseux sont représentés par le sacrum et le coccyx. Le sacrum est composé de 4 vertèbres fusionnées, donc sans disques et sans ligaments. Le coccyx est un reliquat de queue, aussi composé de 3-5 vertèbres fusionnées.

Le rachis est composé de courbes physiologiques répondant aux noms de cyphose et lordose. La cyphose est la courbure convexe de la colonne dans le plan sagittal, on la retrouve au niveau thoracique. La lordose est la courbure concave de la colonne dans le plan sagittal, on la retrouve au niveau cervical et lombaire. Ces courbures permettent d'augmenter la résistance de la colonne aux différentes contraintes qu'elle pourrait subir. Elles sont acquises avec la naissance mais peuvent changer dû au vieillissement et dif-



férentes pathologies et devenir donc pathologiques.

La colonne possède une fonction mécanique et une fonction neurologique. La fonction mécanique se résume simplement par le maintien de la tête au-dessus du bassin que ça soit en position assise ou debout. Les différents éléments permettant l'articulation entre deux vertèbres permettent à l'ensemble de la colonne se mobiliser dans différents plans. La fonction neurologique se résume par le fait que le rachis contient la moelle épi-

nière ainsi que le filum terminal au sein du canal rachidien constitué par les vertèbres. Les racines nerveuses quittent la moelle afin d'aller innerver leurs différentes cibles. Il a aussi une fonction d'hématopoïèse surtout associé au pelvis.

Anatomiquement, une vertèbre est constituée du corps vertébral, des pédicules, des apophyses articulaires supérieures et inférieures, de l'isthme, des lames gauche et droite, de l'apophyse épineuse et des apophyses transverses. Bien évidemment, la structure exacte peut varier en fonction de la partie du rachis auquel fait partie la vertèbre en question, les deux premières vertèbres cervicales ainsi que le sacrum sont constituées encore de manière différente. Le complexe disco-ligamentaire qui permet l'articulation entre deux vertèbres est constitué du disque intervertébral, des capsules articulaires ainsi que des ligaments longitudinaux antérieur, longitudinal postérieur, jaune, inter-épineux et supra-épineux.

Au niveau musculaire, nous retrouvons :

- les muscles sternocléidomastoïdiens, scalènes et paravertébraux pour la flexion de la colonne cervicale
- les muscles splénius de la tête et du cou, les trapèzes et les muscles intrinsèques du cou de l'extension de la colonne vertébrale
- les muscles sternocléidomastoïdien et intrinsèques du cou pour la rotation de la colonne cervicale
- les muscles scalènes et intrinsèques du cou pour l'inclinaison latérale de la colonne vertébrale
- les muscles psoas, carré des lombes et abdominaux pour la flexion de la colonne lombaire et thoracique
- les muscles intrinsèques du dos et abdominaux pour la rotation et inclinaison latérale de la colonne thoracique et lombaire

On commence toujours par l'**inspection** du patient. Ensuite, viennent, dans cet ordre, le **palpation**, le **mobilité**, l'**examen neurologique**

FIG 2 Anatomie osseuse de la colonne vertébrale

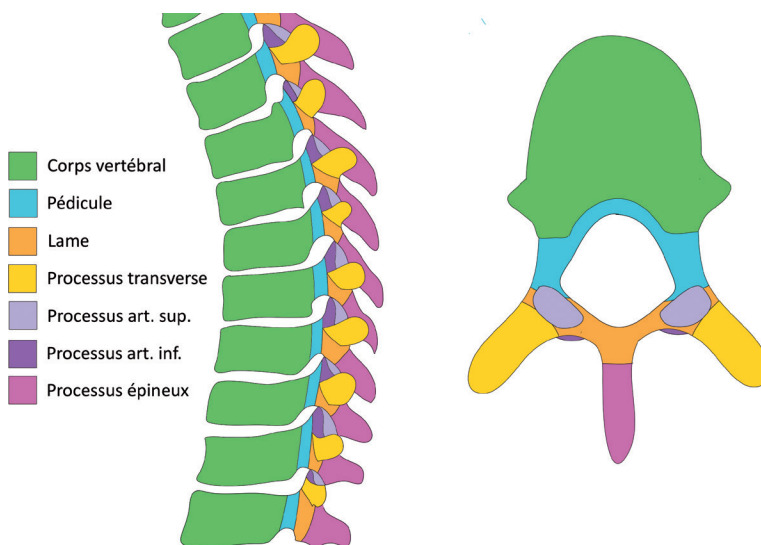
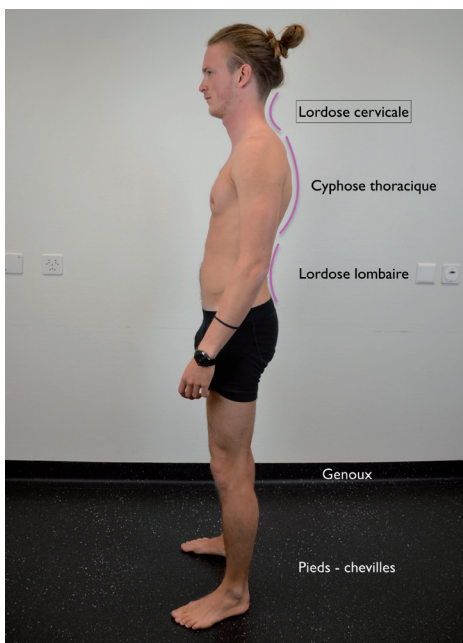


FIG 3 Courbure de la colonne vertébrale



1. Inspection

On commencera par observer le rachis de manière symétrique et systématique. On observera le patient de devant, de côté et de derrière. On s'attardera sur la position du patient, la posture de la tête et de la nuque, la symétrie des épaules et du bassin, la longueur des membres inférieurs, les éventuelles déformations, la présence de lésions cutanées, la trophicité musculaire, la présence de fasciculations, la présence de rougeur, tuméfaction, une pilosité locale augmentée, etc.

À la station debout, on observe une déformation dans le plan frontal. On pense à une scoliose. En cas de suspicion de scoliose, on peut demander au patient de se pencher en avant. On recherchera une asymétrie de la courbure qui met en évidence la scoliose. Une scoliose peut être idiopathique, mais aussi congénitale ou secondaire à une maladie neuromusculaire telle que la dystrophie musculaire, la spina bifida ou encore l'ataxie de Friedreich, à une maladie métabolique telle que le rachitisme, à

une atteinte des tissus mous telle que le syndrome de Marfan ou encore le syndrome d'Ehlers-Danlos, à des troubles anatomiques telles qu'une différence de longueur des membres inférieurs, qu'un trauma ou qu'une tumeur.

À la station debout, on observe une déformation dans le plan sagittal. On pense à une hyperlordose si la courbure concave est exagérée ou à une hypercyphose si la courbure convexe est exagérée. On retrouvera cette déformation dans la cyphose juvénile de Scheuermann, l'ostéoporose, la spondylarthrite ankylosante, etc.

On observe une zone tuméfiée, rouge, douloureuse et/ou chaude, on pensera à un trauma, une ostéomyélite vertébrale, un abcès musculaire, une spondylodiscite, une spondylarthrite, une néoplasie osseuse primaire, une métastase sur un cancer du sein, cancer des poumons ou encore cancer de la prostate.

On observe une amyotrophie, on pensera à une lésion nerveuse spécifique, une diminution de l'activité physique dans les lombalgies, etc.

On observe la présence de pilosité localisée sur une partie de la colonne ou encore un kyste. On pense à des malformations de type spina bifida, méningocèle, myéломéningocèle.

On observe une cicatrice, on pense à d'anciennes interventions de correction de scoliose, hernie discale, etc.

On observe des plis formés par la peau du dos. On parle de signe du saphin. On pense à une ostéoporose, fracture de vertèbre, etc.

On poursuivra avec la marche. On se rappellera que les anomalies de la marche peuvent être liées à des pathologies de différents organes (hanche genou, pied, affection neurologie, etc.) et ne sont pas spécifiques d'une atteinte rachidienne. On demande au patient d'effectuer plusieurs allers-retours.

On observera le cycle de marche, la symétrie, la manière d'effectuer les demi-tours, etc.

On observe une boiterie, on pensera à diverses étiologies:

- Une étiologie infectieuse telle qu'une arthrite septique, une ostéomyélite
- Une étiologie inflammatoire telle que l'ostéochondrite disséquante, la synovite transitoire de hanche, la maladie de Legg-Calvé-Perthes, l'épiphysiolyse, les spondylarthropathies, la polyarthrite rhumatoïde
- Une étiologie néoplasique telle que l'ostéome ostéoïde, des métastases, etc.
- Une boiterie de Trendelenburg sur une insuffisance du moyen fessier (en position debout monopodale bascule du bassin en raison d'une insuffisance des muscles fessiers)
- Une boiterie de Duchenne sur une insuffisance chronique du moyen fessier (boiterie de décharge avec inclinaison latérale du tronc du côté de l'articulation atteinte lors de la charge de la hanche atteinte)
- Dans certaines pathologies neuro-musculaires comme la myopathie de Duchenne de Boulogne, une spasticité, une dystonie, un trouble cérébelleux, l'athétose, etc.
- Une raideur articulaire sur paralysie spastique, des malformations de type coxa vara, des séquelles d'ostéochondrite, d'épiphysiolyse, d'un trauma ou d'une infection
- Une inégalité des membres inférieurs dans la luxation congénitale de hanche, un coxa vara ou encore des séquelles d'une fracture, d'une ostéochondrite primitive, d'une épiphysiolyse, d'une arthrite, d'une ostéomyélite ou d'une poliomyélite, une hémiplégie cérébrale, un syndrome de Klippel-Trenaunay, etc.
- Une étiologie dégénérative telle que la coxarthrose, le conflit fémoro-acétabulaire, etc.

2. Palpation

La palpation se fait de manière symétrique en palpant systématiquement les différentes structures anatomiques. On palpera les apo-

FIG 4	Palpation des processus épineux
--------------	--



FIG 6	Palpation de la colonne sacro-iliaque
--------------	--



physes épineuses dorsales sur l'entièreté de la colonne en faisant attention à l'alignement, à la provocation d'une douleur, à différentes irrégularités. On palpera aussi toute la «loge» paravertébrale des deux côtés en recherchant les zones douloureuses et de contraction musculaire. Après la palpation, on procédera à la percussion de ces mêmes structures. Toute douleur vertébrale doit nous inciter à compléter l'examen par un examen neurologique.

À la palpation et/ou la percussion des apophyses épineuses dorsales, on déclenche une douleur, on pense à une fracture, une infection, un processus néoplasique, ostéoporose, une fracture-tassement.

FIG 5	Percussion de la colonne vertébrale
--------------	--



FIG 7	Test de Mennel
--------------	-----------------------



À la palpation des loges paravertébrales, on provoque une douleur, on pense à une contraction musculaire paravertébrale. On pense à une atteinte liée à un problème mécanique (arthrose par exemple)

À la palpation de la «colonne sacro-iliaque», on provoque une douleur, on pensera à une sacro-ilite dans le cadre d'une spondylarthrite ankylosante, de l'arthrose, un trauma, etc. On effectuera des examens spécifiques supplémentaires tels que le test de Mennel ou de FABER (cf. Examen de la hanche) pour mettre en tension l'articulation sacro-iliaque.

3. Mobilité et force

On distingue deux types de mobilité: la mobilité active, ou le mouvement est effectué par le patient seulement, et la mobilité passive, ou le mouvement est effectué par l'examineur.

Concernant le rachis, on effectue uniquement la mobilité active qui est cliniquement lar-

gement suffisante. On testera la mobilité du rachis cervical, thoracique et lombaire.

On demande au patient la flexion de la nuque en touchant la poitrine avec le menton, l'extension en regardant le plafond, la flexion latérale des deux côtés en touchant l'épaule avec l'oreille ainsi que la rotation en regardant par-dessus ses épaules. Ceci

FIG 8 Mouvement actif de la colonne vertébrale

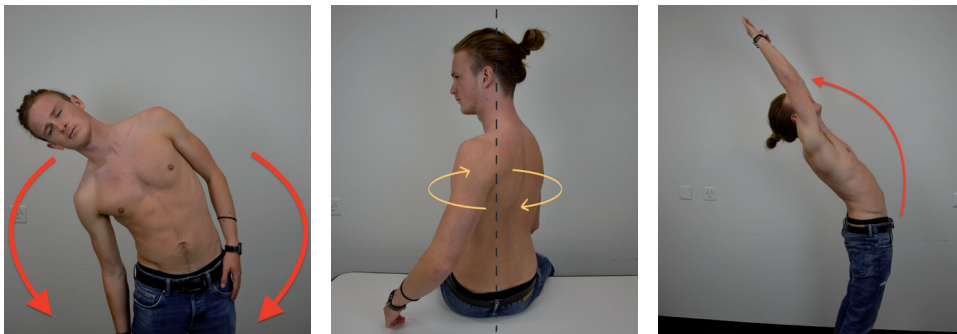
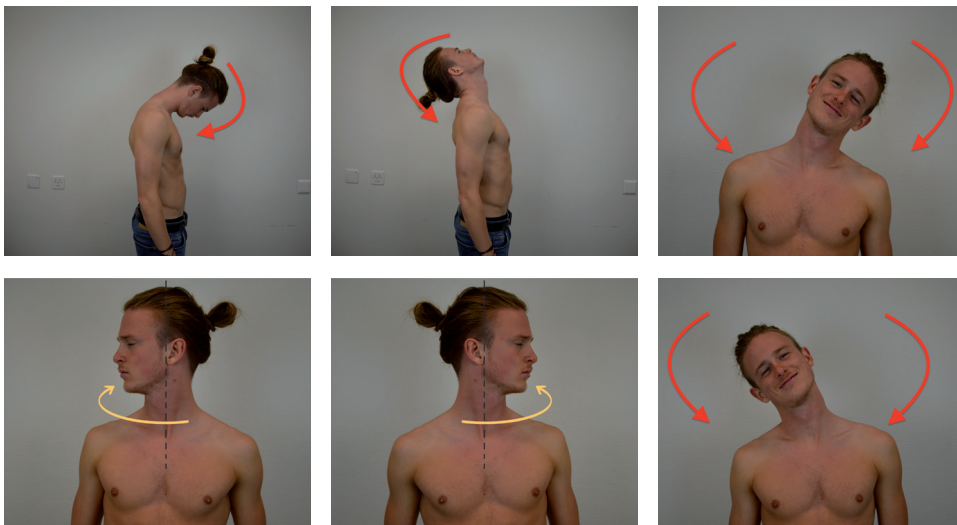


FIG 9 Mouvement actif de la colonne cervicale



permet de tester la mobilité du rachis cervical. On sera attentif à la symétrie des mouvements. On observe une diminution de la mobilité du rachis cervical, on pense à un trauma, une contracture paravertébrale, de l'arthrose, une instabilité atlanto-axiale dans le cadre d'une polyarthrite rhumatoïde, une anomalie de la jonction craniocervicale, une hernie discale cervicale, une spondylose cervicale, etc.

On demande au patient en position assise de croiser les bras sur sa poitrine de regarder derrière lui sans tourner la tête. Ceci permet de tester la mobilité du rachis thoraco-lombaire. On demande au patient de se pencher en avant le plus bas possible sans plier les genoux. Afin d'objectiver la mobilité, on prendra deux mesures, la distance doigt-sol ainsi que la distance entre la vertèbre L5, se situant sur la ligne entre les deux crêtes

iliaques, et un point 10 centimètres au-dessus avant flexion. C'est ce qu'on appelle le test de Schober. On peut aussi tester le rachis en lombaire en extension, ce qu'on appelle le schober inversé.

On observe une distance doigt sol supérieur à 10 centimètres ou alors une extension du point L5-10 cm inférieur à 5 centimètres, on considère une mobilité pathologique.

On observe une diminution de la mobilité du rachis thoraco-lombaire ou une douleur. On pense à une fracture vertébrale, une spondylolisthésis, une spondylarthrite ankylosante, d'autres spondylarthrites séronégatives (arthrite psoriasique, réactive ou entéropathique), une polyarthrite rhumatoïde, une hernie discale lombaire, un canal lombaire étroit, une syringomyélie, un syndrome de la queue-de-cheval, etc.

FIG 10 Flexion de la colonne vertébrale (à gauche), Test de Schober (à droite)



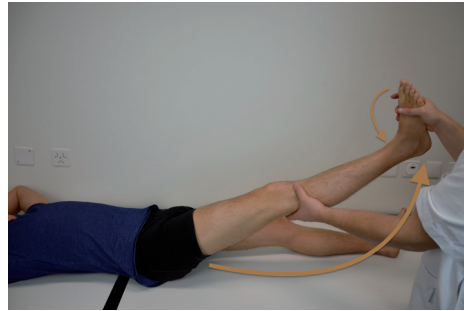
4. Examen neurologique

Il existe différents examens pour mettre en contrainte les nerfs et surtout les racines nerveuses à leur départ.

On positionne le patient en décubitus dorsal. Puis on effectue une flexion de hanche jambe tendue de manière passive. Lors de cette manœuvre, le patient ressent une douleur du côté ipsilatéral, entre 35° et 70° de flexion, au niveau lombaire, dans la fesse ou dans la jambe au niveau postérieur en partant de la cuisse jusqu'au pied. On parle de signe de Lasègue positif. On pense à une atteinte du nerf sciatique ou d'une de ses racines, généralement L5/S1 sur une hernie discale généralement. On parle donc de sciatalgie. Dans une hernie discale, on peut retrouver en parallèle des douleurs lombaires, une paresthésie suivant les dermatomes affectés, une flaccidité musculaire ou encore une hyporéflexie. Le patient ressent une douleur en dehors de ces angles ou sur un pattern ne décrivant pas un dermatome. On pense alors à une contracture paravertébrale, fracture de la hanche ou du fémur proximal, sténose du canal lombaire, etc. On parle de pseudo-Lasègue positif.

Lors de cette manœuvre, le patient ressent une douleur du côté controlatéral. On parle de signe de Lasègue croisé positif, la pathologie

FIG 12	Test de Bragard
---------------	------------------------



se situant au membre inférieur controlatéral. La réflexion clinique reste la même qu'en cas de signe de Lasègue positif.

Lors de l'obtention d'un signe de Lasègue positif, on abaisse légèrement le membre inférieur et on exerce une dorsiflexion du pied. On reproduit la même douleur, on parle de signe de Bragard positif.

On positionne le patient en décubitus ventral, genou fléchi à 90°, puis on effectue une extension de la hanche. Le patient ressent une douleur au niveau de la cuisse ou de la région inguinale. On parle de signe de Lasègue inversé ou de Léri positif. On pense à une cruralgie sur compression du nerf fémoral ou de ses racines L2-L4, une coxopathie, etc.

FIG 11	Test de Lasègue
---------------	------------------------



FIG 13	Test de Lasègue inversé
---------------	--------------------------------



Lors de la palpation paravertébrale au niveau lombaire, on déclenche une douleur qui irradie dans le membre inférieur selon un dermatome (L4-L5, L5-S1). On parle du signe de la sonnette. On pense à une radiculopathie.

On positionne le patient en position assise. On met la tête du patient en flexion antérieure, flexion latérale et rotation du côté supposé atteint, puis on exerce une pression sur la tête contre le bas. On reproduit la douleur ou la paresthésie ressentie par le patient. On parle de manœuvre de Spurling positif. On pense à une radiculopathie cervicale selon le dermatome concerné.

On finira avec un examen neurologique classique des membres supérieurs et inférieurs en fonction de la plainte du patient.

On observe une aréflexie patellaire avec une diminution de la flexion de hanche et hypoesthésie de la région antérieure de la cuisse, on pensera à une radiculopathie L3

On observe une aréflexie patellaire avec une diminution de l'extension du genou, une hypoesthésie dorsolatérale du membre inférieur concerné et une difficulté à la marche sur les talons, on pensera à une radiculopathie L4-L5

On observe une difficulté à marcher sur la pointe des pieds, on pensera à une radiculopathie S1

On observe une hyposensibilité de la postérieure de la cuisse et de la jambe, du périnée et de la région périnéale avec absence du réflexe bublocaverneux. On pense à une radiculopathie S2-S3-S4-S5

On observe une hypoesthésie de la nuque et de l'épaule avec un décollement scapulaire, on pense à une radiculopathie C3/C4

On observe une hypoesthésie de l'épaule antérieure, une diminution de la flexion du bras et une aréflexie bicipitale, on pensera à une radiculopathie C5.

On observe une hypoesthésie sur le côté radial de l'avant-bras, une diminution de la flexion du bras et de l'extension de l'avant-bras et une aréflexie bicipitale ou brachioradiale, on pensera à une radiculopathie C6.

On observe une hypoesthésie palmaire des doigts II à IV, une hypoesthésie dorsale de l'avant-bras et des doigts II à IV, une diminution de l'extension du bras et des doigts ainsi que de la flexion de l'avant-bras et une aréflexie tricipitale. On pensera à une radiculopathie C7.

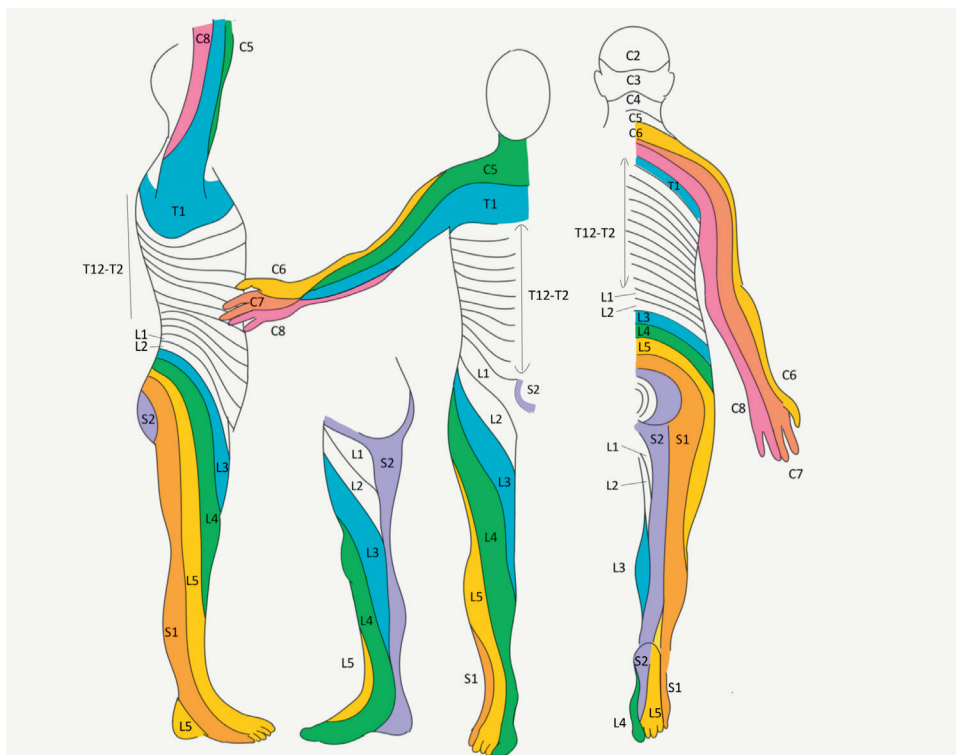
On observe une hypoesthésie de la partie dorsale de l'avant-bras ainsi que des faces palmaire et dorsale des doigts IV-V et de l'éminence hypothénar et une diminution de la flexion des doigts, on pensera à une radiculopathie C8.

On observe une aréflexie asymétrique, une parésie flaccide des membres inférieurs, une atrophie musculaire, une anesthésie en selle (donc de la région anale et péri-anale), une paresthésie asymétrique et unilatérale suivant un ou plusieurs dermatomes du membre inférieur ou des douleurs lombaires irradiant dans les jambes aggravées au Valsalva et à la position assise. On pensera à un syndrome de la queue-de-cheval dans un contexte néoplasique, traumatique ou encore en cas de hernie discale postéromédiale ou de canal lombaire

FIG 14	Test de Spurling
---------------	-------------------------



FIG 5 Dermatomes



étroit. Ce syndrome peut être aussi accompagné d'une dysfonction érectile, d'une rétention urinaire, d'une diminution du tonus rectal avec incontinence fécale ou encore une diminution du réflexe bulbo-caverneux. On effectuera donc aussi un toucher rectal en cas de suspicion de ce syndrome.

On observe une hyperréflexie symétrique des membres inférieurs avec parésie distale, fasciculations, une hypoesthésie périnéale. On pense à un syndrome du cône terminal sur tumeur spinale ou trauma de type fracture vertébrale ou spondylolisthésis. Ce syndrome peut être accompagné d'une incontinence fécale et urinaire ainsi que d'une dysfonction érectile.

On observe des douleurs radiculaires, des rachialgies, des déficits sensitivomoteurs sous le niveau lésionnel ainsi qu'une dysfonction de la vessie ou des intestins. On pensera à une compression de la moelle épinière sur une tumeur, une hernie discale, une fracture, un hématome, un abcès, une métastase, etc. Le syndrome de la queue-de-cheval et le syndrome du cône médullaire peuvent être considérés comme des syndromes de compression spinale mais partiels.

On observe une perte ipsilatérale du sens proprioceptif et vibratoire, une perte contralatérale du sens douloureux et thermique, atteinte ipsilatérale du motoneurone inférieure (flaccidité, fasciculations, hyperréflexie) au site de

lésion et une atteinte ipsilatérale du motoneurone supérieure (spasticité, hyperréflexie, signe de Babinski) en dessous du site de lésion. On pensera à une hémisection de la moelle, aussi appelé syndrome de Brown Séquard. Ce syndrome peut être la 1^{re} constatation de lésions métastatiques.

On observe un sens proprioceptif et vibratoire préservé, mais une atteinte bilatérale du sens thermo-algique, une atteinte du motoneurone inférieure au site de lésion et du motoneurone supérieure en dessous du site de lésion, ainsi qu'une rétention urinaire. On pense à une lésion de la partie antérieure de la moelle sur une compression ou occlusion de l'artère spinale antérieure.

On observe une atteinte préférentielle du sens thermo-algique par rapport au sens proprioceptif et vibratoire, une atteinte motrice bilatérale qui se traduit par une atteinte de type motoneurone supérieure aux membres inférieurs et motoneurone inférieure aux membres supérieurs, ainsi qu'une rétention urinaire, on pense à une atteinte centrale de la moelle sur syringomyélie, néoplasie ou lésion traumatique de la colonne en hyperextension.

On observe une atteinte bilatérale du sens proprioceptif et vibratoire sans atteinte du sens thermo-algique et de la motricité. On pense à une lésion postérieure de la moelle épinière sur occlusion de l'artère spinale postérieure ou un trauma. En cas d'atteinte du cordon postérieure, on peut demander au patient d'effectuer une flexion de la colonne cervicale. Lors de la flexion, le patient se plaint de sensation de décharge électrique parcourant le rachis et les membres inférieurs. On parle du signe de Lhermitte. On pense à un syndrome du cordon postérieur sur une sclérose en plaques, une compression médullaire, une myélopathie cervicale, etc.

CARTE DE SYNTHÈSE

Cette carte de synthèse reprend sous forme de liste à puces les outils nécessaires à la réalisation d'un examen du rachis. Elle vous servira comme support visuel rapide et intuitif en situation clinique comme rappel des outils à disposition et vous permettra de vous auto-évaluer.

Vous trouverez l'ensemble des cartes de synthèses que nous proposons sous la section relative de notre plateforme en ligne.

Contributeurs

Nous tenons à remercier tous les partenaires impliqués dans la réalisation de ce document et plus particulièrement, leurs auteurs et illustrateurs ainsi que les partenaires de projet impliqués dans la relecture et la publication des documents.

La propriété intellectuelle revient à qui de droit.

© Association des Étudiantes en Médecine de Lausanne
30.04.2021

Ressources bibliographiques

Ce chapitre présente les ressources bibliographiques qui ont été utilisées en vue de la rédaction du document. La validité scientifique de l'information proposée a été soumise pour correction et validation à notre partenaire, la Revue Médicale Suisse.

Verte LS. [En ligne]. PROFILES | Home [cité le 16 novembre 2020]. Disponible : <https://www.profilesmed.ch/>

Cleland, J., Koppenhaver, S., & Netter, F. H. (2011). Netter's orthopaedic clinical examination: An evidence-based approach. Philadelphia, Pa: Saunders/Elsevier.

Citation Dutton M. Dutton M (Ed.), Ed. Mark Dutton. (2012). Dutton's Orthopaedic Examination, Evaluation, and Intervention, 3e. McGraw-Hill.

Update Rhumatologie 2020. Mal de dos. Diagnostic clinique en 15 minutes. Ligue suisse contre le rhumatisme Philippe Furger. INVESTI-MÉD©. Editions D&F

Tran, C., Chen, Y. A., Shah, R., & Vaisman, A. (2011). The Toronto notes 2011: Comprehensive medical reference and review for the Medical Council of Canada Qualifying Exam Part 1 and the United States Medical Licensing Exam Step 2. Toronto: Toronto Notes for Medical Students, Inc.

Références

Figure 1: Schéma colonne vertébrale	03
Figure 2: Anatomie osseuse de la colonne vertébrale	04
Figure 3: Courbure de la colonne vertébrale	04
Figure 4: Palpation des processus épineux	06
Figure 5: Percussion de la colonne vertébrale	06

Figure 6: Palpation de la colonne sacro-iliaque	06	Figure 11: Test de Lasègue	09
Figure 7: Test de Meniel	06	Figure 12: Test de Bragard	09
Figure 8: Mouvement actif de la colonne vertébrale	07	Figure 13: Test de Lasègue inversé	09
Figure 9: Mouvement actif de la colonne cervicale	07	Figure 14: Test de Spurling	10
Figure 10: Flexion de la colonne vertébrale (à gauche), Test de Schober (à droite)	08	Figure 15: Dermatomes	11

AUTEURS

ALBAN SADIKU

Association des étudiantes en médecine de Lausanne
1011 Lausanne

CAMILLE GALLETI

Association des étudiantes en médecine de Lausanne
1011 Lausanne

ILLUSTRATIONS

Dessin

JULIA BALDWIN

Association des étudiantes en médecine de Lausanne
1011 Lausanne

Photographie

VALENTIN TAMMARO

Association des étudiantes en médecine de Lausanne
1011 Lausanne

JONATHAN RIGBY

Association des étudiantes en médecine de Lausanne
1011 Lausanne

REVIEWING

PROF. JEAN-FRANÇOIS BALAVOINE

Ancien vice-doyen associé en charge de la formation postgrade et en médecine de premier recours à la Faculté de médecine de Genève – UNIGE, enseignant de la sémiologie clinique, de la médecine psychosociale, de l'éthique et des infections
1205 Genève