

Contribution de la méthode McKenzie à l'évaluation et au traitement des patients lombalgiques

RÉSUMÉ | SUMMARY

La méthode McKenzie, ou MDT, n'est pas une technique de plus mais bien une méthode d'évaluation et de traitement des problèmes musculo-squelettiques. Elle a su formaliser le bilan et la prise en charge des patients lombalgiques en fonction de caractéristiques cliniques reproductibles et pertinentes. De nombreuses études l'ont évaluée, en faisant l'une des méthodes les plus documentées et validées à l'heure actuelle.

The McKenzie method, also called MDT, is not just a technic. It is a true method of evaluation and treatment of musculo-skeletal problems. The assessment and management of low back pain patients has been formalized by McKenzie according to reproducible and relevant clinical features. Numerous clinical studies have evaluated this approach, which makes it one of the most documented and validated approach for low back pain for the time being.

Gabor SAGI

Kinésithérapeute, DO
Diplômé MDT
Président de l'Institut
McKenzie France
Blagnac (31)

L'auteur déclare avoir un lien avec un organisme commercial qui organise des formations sur la méthode McKenzie

Jacky OTERO

Kinésithérapeute
Certifié MDT
Eybens (38)

L'auteur déclare ne pas avoir un intérêt avec un organisme privé industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté

MOTS CLÉS | KEYWORDS

► Centralisation ► Classification ► Lombalgie
► Méthode McKenzie ► Préférence directionnelle

► Centralization ► Classification ► Low back pain
► McKenzie method ► Directional preference

La méthode McKenzie, aussi appelée MDT (*Mechanical diagnosis and therapy*), est une approche kinésithérapique des douleurs musculo-squelettiques, et en particulier des rachialgies, très répandue dans le monde. Elle commence à être utilisée quotidiennement par un nombre significatif de praticiens en France.

Lors de la conférence de consensus sur les lombalgies de 1998 [1], la méthode McKenzie avait fait l'objet d'une recommandation en se basant sur la force de la bibliographie déjà publiée à l'époque. Cependant, l'approche McKenzie avait alors été présentée comme une « rééducation en lordose », ce qui laissait entendre que tous les patients étaient traités suivant un protocole unique quelle que soit leur présentation clinique, ce qui ne correspond pas du tout à la pratique des kinésithérapeutes formés au MDT.

L'objet de cette présentation sera de décrire la méthode McKenzie dans l'évaluation et le traitement des lombalgies telle qu'elle est véritablement enseignée et utilisée par les cliniciens.

Robin McKenzie, physiothérapeute néo-zélandais fondateur de cette méthode, a effectivement créé l'approche qui porte son nom suite à une observation clinique fortuite pendant laquelle un patient placé de façon involontaire en posture en exten-

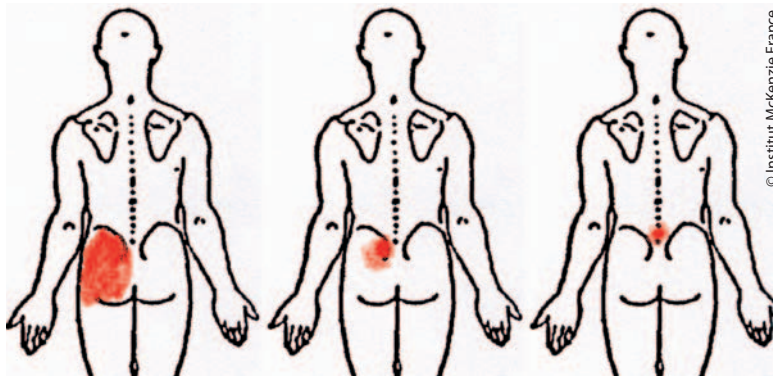
sion (fig. 1) a connu un soulagement rapide et durable de ses symptômes.

Par la suite, les observations cliniques de McKenzie, et ses échanges avec de nombreux praticiens, devaient l'amener à développer une méthode d'examen et de traitement qui n'a rien d'un protocole standard que l'on applique uniformément à tous les patients.



► Figure 1

Posture en extension lombaire



► Figure 2

Centralisation de douleur irradiée lombaire

L'EXAMEN DU PATIENT

Cet examen que préconise McKenzie est basé sur un **interrogatoire détaillé**, et sur des tests cliniques spécifiques et standardisés. En particulier, le thérapeute demande au patient de répéter des mouvements jusqu'en fin d'amplitude (**test des mouvements répétés**) afin d'observer la réponse symptomatique et mécanique.

À l'issue de l'examen, les patients sont catégorisés par **syndrome** (syndrome de dérangement, syndrome de dysfonction, syndrome postural, ou dans la catégorie « autres »).

Cet examen a fait l'objet de nombreuses études cliniques de qualité, qui attestent que ce processus présente une bonne reproductibilité interexamineurs [2-10]. La valeur diagnostique et pronostique de cette catégorisation des patients a aussi été validée [11-19].

LE SYNDROME DE DÉRANGEMENT

Il présente la plus grande occurrence clinique. Pendant les mouvements répétés, une « **préférence directionnelle** » peut être mise en évidence pour ces patients : une direction de mouvement soulage le patient et améliore ses amplitudes articulaires. La direction opposée aggrave ses symptômes ainsi que sa présentation mécanique.

McKenzie a été le premier à identifier une réponse particulièrement utile et significative lors de l'utilisation de la préférence directionnelle : le **phénomène de centralisation** (fig. 2).

Quant à l'issue d'un test de mouvements répétés, la douleur perçue par le patient s'est rapprochée de la ligne médiane (ou de la racine du membre inférieur si des douleurs irradiées étaient présentes en début de test), cette direction de mouvement sera thérapeutique pour le patient, même si elle s'accompagne d'une majoration temporaire des douleurs centrales.

Ce phénomène, qui s'avère fondamental dans le traitement des patients avec des douleurs sciatalgiques ou cruralgiques, est tout aussi intéressant pour les lombalgies simples. De nombreuses publications ont maintenant confirmé que la préférence directionnelle et la centralisation étaient des occurrences fréquentes, avec des implications diagnostiques et pronostiques certaines.

McKenzie postule que la structure anatomique dont la biomécanique cadre le mieux avec la préférence directionnelle est le disque intervertébral. Dans ce **modèle lésionnel discal**, les symptômes seraient dus au déplacement de fragments de gel du *nucleus pulposus* le long de fissure dans l'*annulus fibrosus*.

Les mouvements qui déplacent le gel de façon centrifuge produisent, aggravent ou « périphérisent » la douleur, tandis que les mouvements opposés réduisent ou centralisent la douleur. Dans ce concept, et en présence d'une fissure postérieure, la flexion aggraverait le patient et l'extension le soulagerait. La figure 3 illustre certaines techniques en extension, et la figure 4 en flexion.

Plusieurs études ont corrélé la centralisation avec l'identification d'une origine discale de la douleur confirmée par discographie [20-22].

Statistiquement, la préférence directionnelle la plus fréquente est effectivement l'extension [23-26]. Cela semble lié au fait que dans la gestuelle quotidienne, les contraintes en flexion et en cyphose lombaire sont de loin les plus prévalentes (en particulier lors de la position assise avachie). Cela suggère que de nombreux syndromes de dérangement seraient la conséquence d'accumulation de contraintes en flexion, et que logiquement, le mouvement inverse, en l'occurrence l'extension, permet de réduire ces dérangements.

Cependant, certains patients ont une préférence directionnelle en flexion clairement identifiable dès la première séance. La direction thérapeutique



► Figure 3

Exemples de techniques en extension lombaire

préconisée par McKenzie sera alors en flexion et non en extension.

Les préférences directionnelles ne se limitent pas au plan sagittal et peuvent aussi impliquer l'inclinaison latérale ou la rotation ou une combinaison de plans de mouvements (fig. 5).

La stratégie globale de traitement préconisée par McKenzie est basée sur l'**autotraitement**. En fait, si l'on devait résumer l'approche McKenzie à un seul mot clé, ce serait « autotraitement » et non méthode en lordose ou en extension. Pour McKenzie, le patient doit être l'acteur principal de sa guérison.

Des techniques passives pourront être utilisées en complément des exercices effectués par le patient, mais seulement quand l'autotraitement s'avère insuffisant. Leur vocation dans ce contexte sera d'aider le patient à dépasser un plateau dans la résolution de ses symptômes et la récupération de ses amplitudes articulaires.



► Figure 4

Exemples de techniques en flexion lombaire



► Figure 5

Exemples de techniques en inclinaison latérale, en rotation, et combinée extension et inclinaison latérale

La stratégie de traitement du syndrome de dérangement comporte 4 phases :

- dans la phase initiale de **réduction du dérangement**, le thérapeute guide le patient dans l'utilisation d'exercices ou des postures dans la préférence directionnelle. Deux concepts permettent d'utiliser au mieux la préférence directionnelle : **la progression des forces**, et l'utilisation de **forces alternatives**. Le choix des techniques est dicté par la réponse symptomatique et mécanique pendant la séance ;
- **le maintien de la réduction** s'articule autour d'une correction posturale et ergonomique conforme à la préférence directionnelle du patient ;

- une fois que le dérangement est réduit, et que cette réduction est stable, la phase de **récupération de fonction** sera initiée. L'élément le plus critique de ce stade du traitement sera la réintroduction de sollicitations dans la direction opposée à la préférence directionnelle initiale. L'objectif du traitement est de récupérer (si possible) une fonction complète et indolore. Cela implique que le traitement préconisé par McKenzie pour les patients avec une préférence directionnelle initiale en extension comportera aussi des mouvements en flexion à un stade ultérieur du traitement ;
- le dernier stade du traitement, c'est-à-dire la **prévention des récurrences**, repose sur une éducation personnalisée du patient, pour lui apprendre à « gérer » les contraintes mécaniques qu'il place sur son rachis en fonction de ses activités professionnelles et extra-professionnelles.

LE SYNDROME DE DYSFONCTION

Dans ce syndrome, les symptômes du patient sont liés à des altérations structurelles qui ne peuvent pas changer rapidement (rétractions, fibroses, adhérences). Le traitement reposera sur des exercices qui visent à remodeler, de façon répétitive, ces modifications structurelles sur plusieurs mois.

LE SYNDROME POSTURAL

Dans ce syndrome, aucune pathologie en tant que telle n'est présente. Les symptômes du patient résultent de mauvaises postures, et en particulier de positions de fin d'amplitude maintenues pendant des périodes de temps prolongées, en position assise avachie, en cyphose dorso-lombaire complète ou debout, en hyperlordose, par exemple. Pour ces patients, le traitement préconisé par McKenzie consiste essentiellement en une éducation posturale.

LA CATÉGORIE « AUTRES »

Entre 80 et 90 % des patients aigus, subaigus et récurrents [6, 15, 18, 23-26] peuvent être classifiés dans un des trois syndromes décrits par McKenzie.

Pour les grands chroniques, cette proportion se limitera à approximativement 50 % [17, 18, 20].

La catégorie « autres » englobe tous les patients qui ne peuvent pas être incorporés dans ces trois catégories. Elle est par nature très hétérogène. Elle comporte des pathologies spécifiques (le spondylolisthésis instable par exemple) et des syndromes non spécifiques (comme le syndrome de déconditionnement décrit par Mayer). Ces patients ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge MDT.

CONCLUSION

L'approche McKenzie est une méthode et non une technique. Elle repose sur un raisonnement clinique très construit et sur des tests cliniques reproductibles. Elle se singularise par des tests spécifiques (en particulier les tests des mouvements répétés), la recherche d'une préférence directionnelle, et la classification des patients par syndrome.

Le traitement est articulé autour de stratégies d'autotraitement. Il est adapté à la présentation clinique de chaque patient, et à son stade de récupération.

Cette prise en charge très active, recommandée par McKenzie, ainsi que l'utilisation de la préférence directionnelle et de la centralisation sont conformes aux recommandations internationales actuelles pour les patients lombalgiques [27, 28]. ✖

QUIZ

Réponses page 89

1. L'augmentation des douleurs centrales avec disparition des douleurs périphériques est :

- ☐ A- un signe que le patient s'aggrave
- ☐ B- un signe que l'approche McKenzie est contre-indiquée
- ☐ C- un signe que la direction de mouvement utilisée est favorable pour ce patient
- ☐ D- un signe qu'il faut faire l'exercice avec moins de force

2. La « Préférence directionnelle » est :

- ☐ A- la direction que le patient préfère
- ☐ B- la direction d'exercice qui améliore les amplitudes et/ou les douleurs du patient
- ☐ C- la direction de mouvement qui centralise la douleur
- ☐ D- l'utilisation de l'extension pour tous les patients qui ont une douleur lombaire qui irradie dans le membre inférieur



BIBLIOGRAPHIE

- [1] ANAES. *Prise en charge du lombalgie*. Conférence de consensus, 1998.
- [2] Kilby J. The reliability of back pain assessment by physiotherapists using a McKenzie algorithm. *Physiotherapy* 1990.
- [3] Riddle D. Interrater reliability of McKenzie's classification of the syndromes types present in patients with low back pain. *Spine* 1993.
- [4] Kilpiloski S. Interexaminer reliability in low back pain assessment using the McKenzie method. *Spine* 2002;27.
- [5] Razmjou H. Interrater reliability of the McKenzie evaluation in assessing patients with mechanical low back pain. *J Ortho Sports Phys Ther* 2000.
- [6] Werneke M. A descriptive study of the centralization phenomenon: a prospective analysis. *Spine* 1999.
- [7] Clare H. Reliability of McKenzie classification of patients with cervical and lumbar pain. *J Manip Physio Ther* 2005.
- [8] Clare H. Reliability of McKenzie of spinal pain classification using patient assessment forms. *Physiotherapy* 2004.
- [9] Fritz J. Interrater reliability of judgment of the centralization phenomenon and status change during movement testing in patient with low back pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2000.
- [10] Razmjou H. Interrater reliability of the McKenzie evaluation in assessing patients with mechanical low back pain. *J Ortho Sports Phys Ther* 2000.
- [11] Kilpikoski S. Does centralizing pain on the initial visit predict outcomes among adults with low back pain? *Man Ther* 2010.
- [12] Berthelot JM *et al.* Contribution of centralization phenomenon to the diagnosis, prognosis and treatment of diskogenic low back pain. *Joint Bone Spine* 2007.
- [13] Aina A. The centralization phenomenon: a systematic review. *Man Ther* 2004.
- [14] Skytte L. Centralization: its prognostic value in patients with referred symptoms and sciatica. *Spine* 2005.
- [15] Sufka A. Centralization of low back pain and perceived functional outcome. *J Orthop Sports Phys Ther* 1998.
- [16] Werneke M. Centralization phenomenon as a pronostic factor for chronic low back pain and disability. *Spine* 2001.
- [17] Long A. The centralization phenomenon: its usefulness as a predictor of outcome in conservative treatment of chronic low back pain. *Spine* 1995.
- [18] Karas R. The relationship between nonorganic signs and centralization of symptoms in the prediction of return to work for patients with low back pain. *Phys Ther* 1997.
- [19] May S. Centralization and directional preference: a systematic review. *Man Ther* 2012.
- [20] Donelson R. A prospective study of centralization of lumbar and referred pain. A predictor of symptomatic discs and anular competence. *Spine* 1997.
- [21] Laslett M. Centralization as a predictor of provocative discography in chronic lower back pain, and the influence of disability and distress on diagnostic power. *Euro Spine J* 2005.
- [22] Kilpikoski S. Pain centralization and lumbar disc MRI findings in chronic low back pain patients. *Int J Mech Diag Ther* 2011.
- [23] Long A. Does it matter which exercises? A randomized controlled trial of exercises for lower back pain. *Spine* 2004.
- [24] Hefford C. McKenzie classification of mechanical pain: profile of syndromes and directions of preference. *Man Ther* 2008.
- [25] May S. Classification by McKenzie mechanical syndromes: a survey of McKenzie-trained faculty. *J Manip Physiol Ther* 2006.
- [26] Donelson R. Pain response to repeated end-range sagittal spinal motion: a prospective, randomized multi-center trial. *Spine* 1991.
- [27] Surkitt L. Efficacy of directional preference management for low back pain: a systematic review. *Phys Ther* 2012.
- [28] Delitto : Clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability, and health from the orthopaedic section of the American physical therapy association. *J Orthop Sports Phys Ther* 2012.

Pour en savoir plus :

- Sagi G, Boudot P, Vandeput D. Méthode McKenzie : diagnostic et thérapie mécanique du rachis et des extrémités. *EMC* 2011;26-076-A-10.
- Sagi G. Évaluation et traitement mécanique des radiculopathies discales lombaires avec la méthode McKenzie (MDT). *EMC* 2012;26-275-A-10R.
- McKenzie, May S. *The Lumbar spine mechanical diagnosis and therapy*. Waikanae: Spinal Publications New Zealand, 2003.
- Site de l'Institut McKenzie International : www.mckenziemdt.org
- Site de l'Institut McKenzie France : www.mckenzie.fr
- * Site de l'Association des praticiens McKenzie en France : www.afmck.fr



Kiné Ouest Prévention

***Vous souhaitez diversifier votre activité ?
Intervenir auprès du public, des entreprises et des écoles ?***

Nos prochaines formations:

***Prévention et Santé au Bureau
1, 2 et 3 novembre - à St Brieuc (22)***

***Prévention des TMS - PAMAL
22, 23 et 24 novembre à Arras (62)***

**Prise en
charge FIFPL**

***Autres formations à découvrir sur notre site :
Relaxation - Manutentions des Personnes - Gym Santé
Kiné - Ecole du Stress - Manutentions des charges -
Education pour la santé -***

***www.kineouestprevention.com
02.96.58.09.02***

