

3^{EMES} JOURNÉES DE L'AFMCK



Lyon, 24 et 25 janvier 2014

PROGRAMME DU VENDREDI 24 janvier 2014

9h00 ACCUEIL DES PARTICIPANTS

9h30 Lombalgies : la revue des recommandations - Jacques VAILLANT

10h15 S'outiller pour lire et discuter de la valeur des articles scientifiques
- Nicolas PINSAULT

11h00 PAUSE

11h20 *Cas Clinique MDT - Racine Nerveuse Adhérente* - Blaise VALAY

11h40 « Sciatalgies » et racine lombale adhérente. L'intégration de la Thérapie Manuelle Neurodynamique dans la méthode McKenzie - Jan DE LAERE

12h40 DEJEUNER

14h15 Présentation de l'étude multicentrique AFMcK 2014 - Guillaume DEVILLE

14h45 Place de l'Entretien Motivationnel dans le cadre du management d'un syndrome de dérangement - Laurent ROMEDENNE

15h30 *Cas Clinique MDT - Genou* - Jérôme OSTALLIER / Frédéric STEIMER

15h50 PAUSE

16h10 Maîtriser les notions de sensibilité et spécificité pour perfectionner son diagnostic clinique - Flavio BONNET

16h40 *Trucs et astuces en pratique MDT* – Jacky OTERO

17h15: Les standards de l'Ergonomie - Sylvain PRADEL de LAMAZE

17h45 PAUSE

18h00 ASSEMBLEE GENERALE AFMcK

19h30 FIN de JOURNEE et SOIREE LIBRE

PROGRAMME DU SAMEDI

9h00 ACCUEIL DES PARTICIPANTS

9h15 Équilibre du rachis dans le plan sagittal : rapport entre lordose et inclinaison sacrée - Dr Alain GRANGE

9h45 Leçon tirée de présentations de l'approche McKenzie/MDT à des médecins : que veulent-ils savoir? - Dr Alain GRANGE

10h15 *Cas Clinique Thoracique* - Jérôme OSTALLIER- Frédéric STEIMER

10h30 PAUSE

10h50 Indications des différentes interventions chirurgicales de la pathologie lombaire - Dr Jean Jacques FAVRE

11h20 Approche McKenzie pré et post opératoire dans le cadre d'une chirurgie lombaire - Patrice BOUDOT

12h00 DEJEUNER

13h40 Dissection de l'artère vertébrale : une étude de cas - Gabor SAGI

14h10 MDT et dépassement d'Honoraires : Quelles Solutions ? - Christian BARON

14h45 L'apport de la méthode McKenzie chez le sportif présentant un conflit disco-radiculaire – Matthieu GUIRAUD

15h30 PAUSE

15h50 Présentation type : Intérêt du MDT pour évaluer et utiliser la bonne douleur dans la lombalgie – Jacky OTERO

16h15 Différenciation et traitement des douleurs – Florence MORISSEAU

17h00 Complémentarité Pilates et traitement MDT - Carine BARAZER

17h30 CLOTURE des 3èmes JOURNEES de l'AFMcK

Lombalgie : La revue des recommandations

Jacques Vaillant (MKDE, PhD)

La lombalgie non-spécifique (avec ou sans association radiculaire) est le syndrome ayant bénéficié le plus précocement de recommandations de bonne pratique clinique dans nombres de pays. Aujourd'hui encore, ce syndrome justifie nombres d'actes de kinésithérapie, notamment en Amérique du nord, Europe et Océanie.

De ce fait, au niveau international, il existe à ce jour 29 recommandations de bonne pratique clinique concernant, pour partie ou exclusivement, la kinésithérapie. Si certaines se focalisent sur l'utilisation de techniques spécifiques (massage, manipulations, décompression...), la plupart proposent un guide pour l'utilisation de techniques d'examen et d'évaluation ou de traitement, mais également la définition d'objectifs standardisés à la prise en charge, selon le stade de l'évolution (lombalgie aigüe ou chronique).

Il apparaît un certain consensus au niveau de ces recommandations de bonne pratique clinique. Elles soulignent l'importance de l'évaluation fonctionnelle et invitent à une prise en charge impliquant activement le patient.

S'outiller pour lire et discuter de la valeur des articles scientifiques

Nicolas Pinsault (MKDE, Cert. MDT)

Crèmes anti-rides, shampooings anti-pelliculaires, potions amincissantes et techniques thérapeutiques manuelles en tout genre ont souvent en commun de s'estampiller du fameux « validé scientifiquement ». Mais qu'en est-il vraiment? Quels sont les critères qui président à une validation scientifique d'efficacité thérapeutique ? La présentation sera l'occasion de faire un point sur la démarche systématique à adopter face à une prétention thérapeutique.

Tout d'abord, revenir aux sources de l'information et trouver les articles originaux afin d'éviter les erreurs de traduction ou d'interprétation. Cette étape sera l'occasion de s'outiller pour faire un premier tri des articles à moindre frais.

Il faudra ensuite pouvoir identifier rapidement les biais méthodologiques les plus communs des essais thérapeutiques pour jauger de la validité interne des études. Pourquoi faut-il un groupe contrôle ? Pourquoi tirer au sort le traitement reçu ? Qu'est-ce qu'un simple, double ou triple aveugle ? Comment s'en sortir quand il est impossible de réunir tout ces critères ? Cette étape sera l'occasion de se perfectionner dans la lecture d'articles mais aussi dans la construction de nos propres protocoles.

Il faudra ensuite s'attacher à évaluer la validité externe de l'étude, la commensurabilité de ses résultats avec ceux disponibles dans la littérature.

Enfin nous aborderons le critère suprême des études thérapeutiques : la pertinence clinique des résultats.

Cas Clinique MDT – Racine nerveuse adhérente ?

Blaise VALAY (MKDE, Cert. MDT)

Patient de 46 ans médecin spécialiste, sportif (cyclisme, course à pied et natation) qui consulte pour des lombalgies droites constantes et une irradiation face latérale de la jambe droite intermittente (paresthésies et lourdeur déclenchées par la flexion lombale, la voiture et la station assise prolongée). Il est dans un état stationnaire (aucune amélioration depuis 3 mois), a été opéré il y a neuf mois d'une hernie discale L5S1 droite (suite à un semi-marathon) suivie d'une rééducation en position de lordose neutre.

L'évaluation clinique ne montre pas de déficit neurologique (légère diminution du réflexe achilléen) mais un test de Lasègue (ou EJT : élévation de la jambe tendue) positif à 60° (douleur lombale et symptômes dans la jambe qui changent avec une composante de sensibilisation à distance).

L'évaluation mécanique (MDT) met en évidence un dérangement lombal postérieur mais est sans réponse sur l'irradiation face latérale de la jambe (aucune direction de mouvement n'influence les symptômes dans la jambe).

La classification provisoire est un dérangement postérieur (avec vraisemblable neuropathie séquellaire) et le traitement mis en place est le principe d'extension ainsi que l'ergonomie.

Après 4 semaines le dérangement lombal est réduit mais persistent les irradiations dans la jambe en flexion; la réévaluation met en évidence clairement une racine nerveuse adhérente (symptômes intermittents dans la jambe en flexions lombales répétées avec léger flexum de genou droit) et Lasègue positif à 70° (mais sans douleur lombale).

Le traitement mis en place est un management de la dysfonction neuromeningée avec progression des forces (dans les neuroglissements) et techniques combinées (neuroglissements et neurotensions sur des positions d'ouvertures des interfaces mécaniques et/ou mobilisation des interfaces mécaniques sur des positions de neurotensions).

Après 4 semaines les marqueurs objectifs, mobilité en flexion lombale et test EJT sont améliorés de façon très significative et disparition du flexum du genou en flexion lombale debout.

Après 4 semaines supplémentaires les tests sont négatifs et le patient asymptomatique.

Discussion :

Racine adhérente et/ou atteinte intraneurale ?

Doit-on améliorer notre examen clinique NEURODYNAMIQUE dans le cadre de la MDT ?

Intérêt de la complémentarité entre MDT et NEURODYNAMIQUE ?

«Sciatalgies» et racine nerveuse lombale adhérente. L'intégration de la thérapie manuelle neurodynamique dans la méthode McKenzie.

Jan DE LAERE

Le syndrome d'adhérences autour de la racine nerveuse a été décrit par Robin McKenzie, comme une sub-catégorie des dysfonctions dans sa classification des syndromes. Il est souvent la conséquence d'un dérangement discal postérieur, d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme.

Le syndrome de dysfonction est défini comme une altération structurelle des tissus mous péri- et/ou intra-articulaires, il s'accompagne d'une douleur intermittente locale, apparaissant uniquement en fin d'amplitude. Le syndrome d'ARN (adhérences de la racine nerveuse) est la seule dysfonction présentant une symptomatologie intermittente irradiant dans le membre inférieur. Elle est considérée comme relativement rare et reste de ce fait «le parent pauvre» des recherches cliniques.

Les observations réalisées au cours d'interventions chirurgicales et de dissections ont mis en évidence l'existence d'adhérences entourant le système nerveux. Pendant la phase de cicatrisation, passage obligé menant à la guérison, les adhérences peuvent s'installer sur les plans micro-, voire macroscopique au niveau des tissus conjonctifs (neurofascias) du complexe disco-dural. La restriction de mobilité qui en résulte ne permet plus au système nerveux de s'adapter aux mouvements corporels en fin de course. La perte de mobilité est compensée par une augmentation de la tension, une perturbation de la vascularisation et une sensibilisation des structures neurales.

Il est important pour chaque praticien, travaillant selon la méthode McKenzie, de reconnaître la représentation clinique du syndrome d'ARN pour le différencier du syndrome de dérangement discal postérieur. Le premier peut être considéré comme une transition presque fluide du dernier, il est engendré par un processus de réparation inadéquat. Il apparaît plusieurs semaines après la symptomatologie initiale, qui entre temps s'est améliorée. En cas de syndrome d'adhérences de la racine nerveuse, les mouvements répétés ne provoquent pas de changement rapide de la symptomatologie du patient, à l'inverse du syndrome de dérangement discal postérieur.

Les écoles de thérapie manuelle, sous l'impulsion de Geoffrey Maitland se sont intéressées à la dysfonction de mobilité des structures nerveuses et à ses conséquences cliniques. Dans les années 80-90, le concept de mauvaise tension des tissus neuraux (*adverse neural tension* ou *ANT*), fortement inspiré au départ par les travaux du neurochirurgien suédois Alf Breig, bouleverse le monde physiothérapeutique et se développe en peu de temps. Le concept neurodynamique est né, il prend en charge le patient présentant un syndrome neurogène douloureux.

Robin McKenzie, décrit le «management du syndrome d'ARN» comme une progression de techniques d'auto-traitement, basée sur la flexion du rachis, à condition que le dérangement discal postérieur soit contrôlé. Le praticien instruit le patient, ce dernier doit effectuer régulièrement des manœuvres de flexion du rachis lombal dans différentes positions, afin de remodeler les adhérences et en veillant à ne pas exacerber la douleur et/ou la symptomatologie. Dans la plupart des cas, le problème est partiellement ou totalement résolu après plusieurs semaines, voire plusieurs mois d'auto-traitement.

Le concept neurodynamique considère que les adhérences extraneurales engendrent une dysfonction de la mobilité : une diminution du glissement et/ou du déplacement des structures

nerveuses. Il utilise entre autres, des techniques de neuroglissement et de neurotension (*sliders* et *tensioners*). Les neuroglissements permettent plus de mouvement et sont mécaniquement moins agressifs que les neurotensions. Ils sont, de ce fait, parfaitement indiqués pour mobiliser le système nerveux dans la phase initiale du dérangement discal postérieur et contribuent ainsi à la prévention de la formation d'adhérences. Cette mise en charge douce et progressive pendant la phase de réparation tissulaire draine et diminue l'œdème post-inflammatoire et normalise la mécanosensibilité du système nerveux. Au stade chronique, quand les rétractions tissulaires sont installées, les techniques de neuroglissement représentent une alternative intéressante, voire un complément aux techniques de flexion de la méthode McKenzie. Elles peuvent être pratiquées en alternance avec les techniques de neurotension.

La thérapie manuelle neurodynamique potentialise ainsi les effets du traitement selon le concept développé par Robin McKenzie, en prévenant, grâce à une mobilisation précoce des structures neurales concernées par le dérangement discal postérieur, tout en respectant la position optimale du rachis, l'organisation d'adhérences.

Présentation de l'étude multicentrique AFMcK2014

Guillaume DEVILLE (MKDE, Cert. MDT)

L'exclusion des patients présentant des symptômes cervicaux s'avère systématique lors des études sur l'épaule. L'ensemble des auteurs admet une possible participation cervicale lors de douleurs de l'épaule. Malgré des mécanismes mal connus, plusieurs théories existent. Toutefois, aucune publication à notre connaissance ne rapporte la fréquence de cette observation.

La pratique McKenzie recommande l'évaluation systématique du rachis cervical dans le cadre de douleurs d'épaule. Une estimation de la prévalence des dérangements cervicaux dans ce contexte permettrait de déterminer la validité de ces recommandations.

En 2012, au cours d'une étude de cohorte prospective pilote, sur 20 patients consécutifs 80% ont amélioré leur épaule suite au traitement du rachis cervical.

Afin de réduire les biais de cette première étude pilote, l'Association Française McKenzie a décidé de consacrer sa future étude 2014 à cette question. Nous proposerons une étude multicentrique aux praticiens français certifiés.

Chaque examinateur acceptant de participer collectera des données chez des patients dont la plainte principale siège dans la région de l'épaule. Il réalisera ensuite une évaluation McKenzie du rachis cervical, et traitera la présence d'un éventuel dérangement cervical. Une fois ce traitement terminé, il documentera à nouveau l'état symptomatique, mécanique et fonctionnel du patient afin de déterminer si le management cervical a permis de modifier la plainte d'épaule.

Nous profiterons des 3èmes journées de l'Afmck pour vous exposer le protocole prévu.

Place de l'entretien motivationnel dans le cadre d'un management d'un syndrome de dérangement

Laurent ROMEDENNE (MKDE, Cert. MDT)

Utilisant le bilan MDT comme point de départ, nous aborderons les principaux obstacles à l'obtention ou au maintien de la réduction, nous menant à un rapide coup d'œil sur l'importance de l'auto-traitement et des éléments qui peuvent l'influencer dans la pratique MDT.

Nous définirons ensuite l'Entretien Motivationnel ainsi que ses quatre phases (créer l'alliance, focaliser, susciter l'évocation, planification).

Pour chacune de ces phases seront donnés quelques exemples dans le cadre de la pratique McKenzie. Le but étant de vous présenter une méthode de communication efficace dans le cadre d'un changement de comportement relatif aux soins de santé.

Nous évoquerons notamment les notions de questions ouvertes, de demande d'aide du patient, d'ambivalence, le « oui mais.... », et les différentes techniques qui aident à faire apparaître et à renforcer le discours-changement (valorisation, questionner les extrêmes, la baguette magique, se projeter vers l'avant, explorer les valeurs, explorer la balance décisionnelle...).

Vous ne serez pas formé à l'entretien motivationnel en quittant la conférence. Néanmoins vous repartirez avec quelques clefs vous permettant d'améliorer vos résultats dans votre pratique du MDT, et avec l'envie d'en apprendre plus sur cette méthode de communication efficace.

Résumé sur l'étude de cas :

« Mr L. Un dérangement de genou »

Jérôme OSTALLIER (MKDE, Cert. MDT) présenté par F. STEIMER

Les douleurs invalidantes de genou peuvent présenter à la fois des images dégénératives (tendinopathies, lésions méniscales), une présentation clinique évocatrice de lésions (attitude en varus ou valgus) et plusieurs tests cliniques positifs (squat test, test de McMurray, test de Thessaly). Initialement surtout utilisée dans les affections rachidiennes, l'approche MDT (Mechanical Diagnosis & Therapy) est de plus en plus appliquée à des affections périphériques (Menon and May, 2012 ; Littlewood and May, 2007 ; Aina and May, 2012, Lynch and May, 2013). Même si pour les extrémités la prévalence des dérangements n'est pas aussi élevée que pour les affections rachidiennes et que la catégorie « autre » de la classification MDT y est plus importante, il semble malgré tout pertinent d'évaluer les patients avec cette approche (May and Rosendale, 2012).

Le cas clinique présenté ici illustre l'utilisation de l'approche MDT dans la prise en charge d'un patient de 36 ans qui présente des douleurs invalidantes et constantes dans le genou droit depuis 6 semaines survenues sans raison apparente. Il présente une attitude en valgus du genou droit, des examens complémentaires relèvent des signes de tendinopathie et de lésion tissulaire. Plusieurs tests cliniques sont positifs (squat, Thessaly).

Dans la discussion sont abordés :

- l'utilisation du test de Thessaly comme ligne de base fonctionnelle et non pas comme test pathoanatomique. Parallèle avec le cas clinique de Lynch and May (2013) et le test de McMurray.
- l'utilisation de forces alternatives (changement de direction) et l'application des forces en fonction de la réponse symptomatique du patient.

Références

MENON, A. and MAY, S., 2012. Shoulder pain: Differential diagnosis with mechanical diagnosis and therapy extremity assessment : A case report. Manual Therapy, pp. 1-4.

LITTLEWOOD, C. and MAY, S., 2007. A contractile dysfunction of the shoulder. Manual Therapy, 12, pp. 80-83.

AINA, A. and MAY, S., 2005. A shoulder derangement, case report. Manual Therapy, 10, pp. 159-163.

LYNCH, G and MAY, S., 2013. Directional preference at the knee: a case report using mechanical diagnosis and therapy. Journal of Manual and Manipulative Therapy, 21, (1).

MAY, S.J. and AINA, A., 2012. Centralization and directional preference: A systematic review. Manual Therapy, 17, pp. 497-506.

MAY, S.J. and ROSENDALE, R., 2012. A survey of the McKenzie Classification System in the Extremities : Prevalence of Mechanical Syndromes and Preferred Loading Strategies. Physical Therapy, 92(9), pp. 1175-1186.

Maitriser les notions de sensibilité et spécificité pour perfectionner son diagnostic clinique

Flavio BONNET (MKDE, Cert. MDT, Master Recherche)

A l'origine de tradition orale, la Connaissance est depuis le début du 19^{ème} siècle transmise par l'écrit dans des journaux spécialisés où les auteurs sont relus et cautionnés par leurs pairs. A l'heure de la pratique basée sur les preuves, les statistiques occupent une place centrale.

Historiquement, les ouvrages destinés à l'examen clinique décrivaient des tests diagnostics considérés comme pathognomoniques, où un test positif impliquait le diagnostic.

L'avancée des connaissances en clinimétrie permet désormais d'appréhender la précision diagnostic de ces tests grâce aux statistiques, en considérant quatre dimensions à l'issue d'un test : vrai/positif, vrai/négatif ; faux/positif, faux/négatif.

Cette précision diagnostique s'apprécie grâce aux notions de sensibilité et spécificité.

La sensibilité représente la capacité d'un test à pouvoir exclure qu'un patient soit porteur d'une pathologie, si le test est négatif. Une sensibilité parfaite, permet de dire que tous les patients dont le test est négatif ne sont pas porteurs de la pathologie.

Nous pouvons utiliser l'acronyme **SenNEx** : pour un test qui a une grande **Sensibilité**, si le test est **Négatif**, on peut **Exclure** que le patient ai la pathologie.

La spécificité représente la capacité d'un test à prédire qu'un patient soit porteur de la pathologie, si le test est positif. Une spécificité parfaite permet de dire que tous les patients dont le test est positif sont porteurs de la pathologie.

Nous pouvons utiliser l'acronyme **SpéPIn** : pour un test qui a une grande **Spécificité**, si le test est **Positif**, on peut **Inclure** le patient comme ayant la pathologie.

La sensibilité et la spécificité sont des valeurs comprises entre 0 et 1. Il est très rare qu'un test unique ait une très grande sensibilité et une très grande spécificité, la plupart du temps c'est soit l'une soit l'autre. Aucun test clinique n'a de valeur parfaite, chaque test possède une part d'erreur qu'elle soit liée à l'instrument de mesure ou au facteur humain. Il est possible de combiner des tests cliniques de façon à avoir au final une sensibilité et une spécificité forte et ainsi augmenter nettement la précision du diagnostic clinique.

Dans les années à venir, les statistiques de base en clinimétrie joueront un rôle essentiel dans les options diagnostiques et les choix thérapeutiques. Il est déjà démontré que l'utilisation de certaines règles de prédiction clinique permet d'éviter la prescription d'exams complémentaires onéreux, invasifs et parfois iatrogènes en attribuant une valeur substantielle à l'examen clinique, qu'attendons-nous pour passer à la kiné 2.0 ?

Trucs et astuces en MDT

Jacky OTERO (MKDE, Cert. MDT)

La pratique du MDT conduit chacun d'entre nous à chercher des solutions spécifiques à un moment ou un autre.

Parfois il faut trouver des solutions alternatives pour contourner l'obstacle qui empêche le patient de progresser, voir l'aider à sortir de l'impasse où il se trouve.

C'est souvent le cas pour les patients classifiés dans la catégorie « dérangement » pour qui :

- la direction de Préférence Directionnelle (PD) est acquise, mais les exercices classiques ne suffisent pas,
- il semble ne pas y avoir de PD (dérangement irréductible), mais on se laisse quelques jours pour la trouver, malgré tout.

Le but de cette intervention est de commencer à lister les choses qui ont été testées par certains d'entre nous et qui peuvent aider à sortir de l'impasse.

Une première solution semble résider dans le fait d'utiliser comme force alternative, non pas « plus de mouvements », ni une « augmentation de force » dans la préférence directionnelle, mais une contraction intermittente ou statique dans le sens de la PD. Des exemples concrets, ayant donné des résultats pour le rachis et pour les membres, seront développés. Travail actif en :

- Extension lombaire et thoracique
- Rétraction cervicale
- Glissement lombaire
- Rotation thoracique
- Rotation interne de hanche
- Extension de genou

Une autre solution, souvent évoqué par le passé, pourrait être la traction lombaire lorsque le dérangement semble irréductible. Deux façons différentes de la mettre en place en cabinet seront présentées :

- En décubitus dorsal avec une sangle
- En décubitus ventral

Ce ne sont que des exemples ayant donné un résultat chez certains patients. Ils devraient vous donner envie de tester plus encore pour trouver des solutions alternatives pour des sous groupes spécifiques.

A vos appareils photos et votre créativité pour 2015 !

Les standards de l'Ergonomie

Sylvain PRADEL de LAMAZE (MKDE, Cert. MDT)

L'éducation de la correction posturale est une composante importante d'un traitement MDT. La réussite du traitement à court terme et la prévention des récurrences nécessitent que le patient comprenne les principes d'économie posturale, qu'il se les approprie, et qu'il puisse les réinvestir en fonction des situations auxquelles il sera confronté.

La vie dans notre société actuelle impose fréquemment le maintien de stations assises prolongées. Le maintien de la lordose lombaire peut être facilité, ou bien être rendu plus difficile en fonction du siège utilisé et de l'usage des éventuels réglages disponibles.

Voici les points de repères et consignes que l'on peut donner au patient pour qu'il puisse ajuster son matériel de bureau en fonction de ses mensurations :

Trois points essentiels :

Conserver le bas du dos légèrement creusé (même creux que lorsque vous êtes debout).

Ouvrir l'angle tronc cuisse à 105-110° (un angle de 90° est trop difficile à tenir).

Variation des positions assises entre l'avant et l'arrière en fonction de ce que vous avez à faire.

Trois positions possibles :

Penché en avant avec appui sur les avant-bras, les pieds sous l'assise.

Vertical avec soutien actif musculaire.

En arrière, pieds en avant, avec un soutien lombaire (repos musculaire).

Ne pas rester assis plus de 20 à 30 minutes de suite.

Changer de position (avant, milieu, arrière) toutes les 5 à 10 minutes (à chaque changement de tâche).

Poste informatique :

Le fauteuil, le clavier et l'écran doivent être positionnés suivant le même axe.

Distance œil - écran : membre supérieur tendu en avant.

Hauteur de l'écran : le tiers supérieur de l'écran est à hauteur du regard à l'horizontale.

Procédure de réglage du fauteuil et de la hauteur du bureau (en fonction des réglages disponibles sur votre matériel) :

-Hauteur de l'assise : debout face au fauteuil, l'assise doit être juste sous la rotule.

-Profondeur de l'assise : assis, fesses au fond de l'assise, il doit rester deux ou trois travers de doigts entre la pliure du genou et l'avant de l'assise.

-Angle du dossier : 105-110°. L'assise étant à l'horizontale le dossier est légèrement plus en arrière que la verticale.

-Hauteur du dossier ou du soutien lombaire : le soutien lombaire doit être à la hauteur du creux lombaire. Un peu au dessus de la ceinture.

-Épaisseur du soutien lombaire : creuser le dos au maximum en étant en appui sur le dossier. Relâcher de "10%" du mouvement possible. Le soutien lombaire doit vous maintenir dans cette position.

-Hauteur des accoudoirs : assis, en appui sur le dossier, les coudes à l'extérieur des accoudoirs. La "pointe du coude" doit être à 1 ou 2 cm sous l'accoudoir (le bras étant plié).

-Tension de basculement : assis en arrière, le fauteuil doit vous ramener en avant simplement en étendant une des deux jambes en avant.

-Hauteur du bureau : le bureau doit être à hauteur des coudes lorsque vous êtes assis dos vertical et contre le dossier, les coudes pliés à 90°.

Équilibre du rachis dans le plan sagittal : rapport entre lordose et inclinaison sacrée.

Dr Alain GRANGE (Lyon)

Concernant le rachis le MDT apporte des hypothèses physiopathologiques pertinentes, un mode de traitement et de prise en charge efficaces, parfaitement en phase avec les connaissances et les idées actuelles.

Depuis quelques années de nouvelles conceptions originales sont encore venues enrichir notre exercice et les connaissances dans ce domaine.

Ces idées nous viennent des travaux sur les scolioses de Mme Duval–Beaupère.

Les chirurgiens orthopédistes du bassin pour la pose des prothèses de hanche et ceux du rachis pour la pose des prothèses et des cages discales ou des arthrodèses les utilisent largement.

Pour le rééducateur désormais, comprendre les rapports qui lient le bassin, la lordose, l'équilibre sagittal, le vieillissement disco vertébral est également devenu incontournable.

On définit

l'angle d'incidence pelvienne, invariable pour chaque individu : à partir du milieu du plateau sacré 2 lignes, l'une perpendiculaire au plateau sacré, l'autre rejoignant le milieu des têtes fémorales .

2 autres repères variables : la pente sacrée et la Version pelvienne.

Associés à la lordose ces paramètres du bassin permettent de caractériser un type d'équilibre sagittal du rachis et en inférer les faiblesses et la pathologie.

Au final, améliorer notre prise en charge en MDT.

Étude de cas : Dérangement thoracique supérieur

Frédéric STEIMER (MKDE, Cert. MDT)

Les affections musculo-squelettiques du thorax sont peu documentées dans la pratique MDT (Mechanical Diagnosis & Therapy) (Robinson 1996) beaucoup plus dans la prise en charge en SMT (Spinal Manipulative Therapy) (Ssavoredra-Hernandes 2011, Stochendahl 2011, Stochendahl 2012). La plupart des études disponibles insistent surtout sur le caractère potentiellement sérieux des affections thoraciques (Verdon 2007, Verdon 2008). Malgré tout, une grande majorité des affections thoraciques sont classifiées comme bénignes (Ruigomez 2006) ; de fait elles peuvent être traitées comme n'importe quelle autre affection musculo-squelettique lombaire ou cervicale (McInerney and Perry 2000) et donc sont possiblement classifiables parmi les trois syndromes MDT (McKenzie and May 2006).

L'étude de cas proposée illustre le traitement avec l'approche MDT d'une patiente qui présente des douleurs inter-scapulaires et cervicales basses irradiantes en héli-ceinture jusque sous le sein gauche.

Dans la discussion sont abordés :

- la possible implication cervicale basse chez cette patiente,
- l'opportunité d'utiliser les forces alternatives (changement de position de départ, augmentation des forces, changement d'angle dans l'application des forces, stratégies en charge et en décharge, changement de plan (sagittal latéral puis à nouveau sagittal),
- enfin l'histoire naturelle favorable de telles affections.

Références

McINERNEY, MD and PERRY, AB, 2000. The pathophysiology of thoracic disc disease. Neurosurg Focus,

McKENZIE, R. and MAY, S., 2006. The cervical & thoracic spine. Mechanical Diagnosis & Therapy. Spinal Publication (N.Z).

ROBINSON, M. 1996. Case studies. A thoracic spine study with lessons to be learned. The McKenzie Institute Newsletter UK.

RUIGOMEZ, A. et al., 2006. Chest pain in general practice: incidence, comorbidity and mortality. BMC Family Practice.

SSAVEDRA-HERNANDEZ, M. et al., 2011. Predictors for identifying patients with mechanical neck pain who are likely to achieve short-term success with manipulative interventions directed at the cervical and thoracic spine. J Manipulative Physiol Ther,

STOCHKENDAHL, MJ. et al., 2011. Chiropractic treatment vs self-management in patients with acute chest pain: a randomized controlled trial of patients without acute coronary syndrome. J Manipulative Physiol Ther,

STOCHKENDAHL, MJ. et al., 2012. A randomized clinical trial of chiropractic treatment and self-management in patients with acute musculoskeletal chest pain: I-year follow-up. J Manipulative Physiol Ther,

VERDON, F. et al., 2007. Chest wall syndrome among primary care patients: a cohort study. BMC Family Practice.

VERDON, F. et al., 2008. Chest pain in daily practice: occurrence, causes and management. Swiss Med WKLY,

Indications des différentes interventions chirurgicales de la pathologie lombaire discale

Dr. FAVRE Jean Jacques (Chirurgien Clinique Belledonne – Grenoble)

La prise en charge chirurgicale de la pathologie lombaire discale est celle de la douleur, quelle soit radiculaire, lombaire, aiguë ou chronique. Trois déterminants fondent chaque indication chirurgicale :

- L'évaluation de la douleur sera toujours estimée dans son contexte psychologique, professionnel, et social.
- Il s'agit d'une chirurgie fonctionnelle, dont l'indication n'intervient qu'après un traitement médical suffisant.
- Cette indication opératoire, pour être retenue, nécessite la meilleure corrélation clinique et radiologique

La pathologie lombaire discale dégénérative est évolutive au cours de la vie, et les différentes lésions discales qui surviennent, s'accompagnent d'une symptomatologie clinique et d'une imagerie radiologique, dont la corrélation va nous permettre de proposer une thérapeutique chirurgicale la mieux adaptée au patient.

La hernie discale lombaire est la lésion dégénérative aiguë la plus fréquente. La prise en charge est actuellement bien codifiée. Le traitement chirurgical doit être microchirurgical, réalisant le plus petit traumatisme chirurgical possible pour un rétablissement le plus rapide.

Dans les cas d'une récurrence de hernie discale, le choix de la technique chirurgicale évolue d'un nouveau geste de simple libération radiculaire à l'arthrodèse segmentaire. Il existe des techniques intermédiaires de limitation de la mobilité discale. Il n'existe pas de consensus entre les différentes écoles chirurgicales.

Lorsque la symptomatologie clinique est essentiellement lombaire, l'indication opératoire est plus difficile et doit être rigoureuse, car il s'agit le plus souvent d'une symptomatologie chronique, dans laquelle le contexte psycho-socio-professionnel intervient d'avantage que dans la pathologie aiguë. Les techniques chirurgicales sont invasives (mise en place de matériel) et radicales, le risque de mauvais résultat fonctionnel est plus important que dans le cas de la hernie discale. La lésion déterminante est banale car il s'agit d'une ou plusieurs discopathies dégénératives lombaires.

Les techniques chirurgicales validées s'appliquent aux cas d'une discopathie isolée sans trouble important de la statique vertébrale. L'arthrodèse, technique la plus ancienne, ou l'arthroplastie plus récente (prothèse discale) lombaire sont à discuter en fonction de l'atteinte dégénérative du disque et des articulations postérieures. Dans le cas d'un trouble de la statique vertébrale dans le plan sagittal et/ou frontal important, la prise en charge chirurgicale globale du rachis peut être nécessaire et relève d'ostéosynthèse et d'arthrodèse multi étagées.

Approche McKenzie Pré et Post-Opératoire dans le cadre d'une chirurgie lombaire

Patrice BOUDOT (MKDE, Dip. MDT, Instructeur McKenzie)

L'approche kinésithérapique du patient qui est candidat pour une intervention de la colonne ou qui a bénéficié d'une chirurgie rachidienne (par exemple de type discectomie) constitue encore actuellement un sujet controversé car il semble ne pas y avoir de véritable consensus dans notre pays sur la place et l'intérêt d'une telle prise en charge :

- Tout d'abord dans quelle mesure un traitement conservateur type MDT peut-il être encore bénéfique quand l'indication chirurgicale est envisagée ? Pour répondre à cette question le kinésithérapeute évalue le patient pour déterminer si une classification MDT est possible. La pathologie est-elle réductible ? Le thérapeute recherchera une potentielle préférence directionnelle, la manifestation éventuelle du phénomène de centralisation afin de savoir si un traitement conservateur de type MDT peut se justifier.
- Ya-t-il une place pour la thérapie mécanique en phase préopératoire quand l'indication chirurgicale est confirmée ? La préparation physique et psychologique du patient en attente de son intervention semblent augmenter les chances de réussite de l'intervention et raccourcir le temps de la réhabilitation.
- Comment procéder en post-opératoire ? il semble donc qu'il y ait peu de consensus en France sur ce point et les prises en charge varient considérablement d'un lieu à un autre. Cette présentation propose un protocole de réhabilitation physique et fonctionnelle simple basé sur les différents stades de guérison du corps humain (phase inflammatoire précoce, phase fibroblastique et phase de remodelage) en s'appuyant sur la littérature disponible et sur un travail de synthèse effectué par une équipe américaine (Russ Poole et al).
- Enfin quelle est la place de la thérapie mécanique en cas de complications ou de résultats post-opératoires mitigés ? Là encore il semble qu'une prise en charge MDT peut permettre d'aider un certain nombre de patients.
Le cas clinique du dérangement intra-discal résiduel est particulièrement intéressant car il ne peut généralement pas être éliminé par la chirurgie et il constitue une indication royale pour une prise en charge MDT après intervention chirurgicale.

Il serait sans doute très bénéfique pour le patient que les systèmes de soins évoluent dans le futur vers une véritable prise en charge pluridisciplinaire dans la préparation ou le suivi des interventions rachidiennes ; une prise en charge dans laquelle la kinésithérapie et en particulier la thérapie mécanique trouveraient toute leur place.

Dissection de l'artère vertébrale : une étude de cas

Gabor SAGI (MKDE, Dip. MDT, Instructeur McKenzie)

Un confrère a été accusé à tort d'avoir provoqué une dissection de l'artère vertébrale avec des mobilisations en inclinaison latérale du rachis cervical.

Une documentation importante atteste du fait que ce type de lésion peut être la conséquence de manipulation vertébrale.

Cependant cette pathologie peut aussi survenir spontanément, ou à la suite d'activités banales de la vie quotidienne.

Elle peut bien évidemment se produire suite à un AVP.

Et on ne peut pas complètement exclure que des lésions de l'artère vertébrale ou de l'artère carotide puisse se produire en relation avec des mouvements actifs du rachis cervical ou suite à des mobilisations passives, même si cela revêt de façon évident un caractère exceptionnel.

Il importe par conséquent de bien connaître cette pathologie et de savoir comment agir quand on la suspecte.

La présentation de cette étude de cas servira de point de départ pour faire un rappel de la pathologie, et pour passer en revue les facteurs de risques et les drapeaux rouges pour ce type de problème.

MDT et dépassement d'Honoraires : Quelles solutions ?

Christian BARON (MKDE, Cert. MDT)

Nous exerçons une profession réglementée, soumise à plusieurs conditions administratives de compétences, déontologiques, conventionnelles et générales.

- ❶ Le décret de compétence.
- ❷ Le code de déontologie qui doit être respecté par tous les praticiens.
- ❸ La convention avec les organismes de sécurité sociale et ses avenants, la NGAP. Les non conventionnés ne sont pas concernés par ce point, mais le sont pour toutes les autres obligations.
- ❹ Les obligations générales inhérentes aux entreprises privées de santé. (AGA ; CNIL ; Consignes incendie ...)

☞ Le bilan MDT :

Il respecte le décret de compétence, utilisant les moyens que nous donne notre compétence.
Il respecte aussi le code de déontologie, notamment la recherche de la centralisation validée scientifiquement.

Il est **plus** que ne le prévoit la convention, par la recherche de la centralisation et le diagnostic mécanique permettant une classification recommandée, de ces arguments il pourrait permettre un HN.

N'étant pas une exigence particulière du patient, il ne peut bénéficier d'un DE.

☞ Le traitement MDT :

Il respecte aussi le décret de compétence, le code de déontologie. Seul le traitement de la centralisation (syndrome de dérangement) n'est pas explicitement prévu dans la NGAP et pourrait ainsi bénéficier d'un dépassement d'honoraire HN.

N'étant pas une exigence particulière du patient, il ne peut bénéficier d'un DE.

☞ En pratique :

La convention et le code de déontologie exigent que la pratique du HN soit clairement expliquée aux patients et de façon compréhensible par un affichage obligatoire et la signature d'un devis attestant ainsi leur consentement.

☞ Le HN ne doit pas être indiqué sur les feuilles de soins contrairement au DE.

☞ Une facturation assurera votre transparence.

Pour info, le DE n'est possible qu'en cas d'exigence particulière du patient, les partenaires sociaux possèdent des indicateurs de contrôle du DE afin d'enrayer les abus.

L'apport de la méthode McKenzie chez le sportif présentant un conflit disco-radiculaire

Matthieu GUIRAUD (MKDE, Dip. MDT, instructeur McKenzie)

« Mon rhumatologue m'a conseillé d'arrêter la course à pied pour le moment parce que mon IRM montre une hernie discale et pourtant je n'ai pas mal quand je cours...vous en pensez quoi ? »

Ou bien

« Comme moi, vous pensez aussi qu'il vaut mieux que je ne reprenne pas le tennis tant que j'ai mal ? »

Ou encore

« A cause des secousses, l'équitation ça doit être très mauvais pour le dos, non? »

A toutes les questions, nous nous devons d'apporter des réponses claires, sans ambiguïté car la réponse que nous allons donner au patient peut avoir un impact très important en particulier sur la représentation que se fait le patient de son problème et ainsi de l'évolution favorable ou défavorable de celui-ci. A travers notre discours, nous avons donc le pouvoir de rendre les choses meilleures ou pires.

Dans le contexte sportif, la question centrale est probablement la question du niveau d'activité qui peut être maintenue pendant l'épisode douloureux. Malheureusement, la littérature traitant spécifiquement de la lombalgie du sportif est relativement pauvre et il n'existe pas de consensus clair sur des critères objectifs qui permettent de décider du maintien ou de la reprise de l'activité sportive.

Une approche thérapeutique basée sur la réponse symptomatique a donc toute sa place dans ce contexte car elle va permettre d'assurer cette concordance entre le niveau de contraintes mécaniques appliquées sur le rachis et l'état de guérison des tissus affectés.

A travers des exemples de patients allant du sportif amateur au professionnel, nous allons voir en quoi l'approche développée par Robin McKenzie propose un traitement en phase avec ce que le rachis peut tolérer et ainsi éviter un déconditionnement aussi bien physique que psychologique du patient sportif.

Présentation type : Intérêt du MDT pour évaluer et utiliser la bonne douleur dans la lombalgie

Jacky OTERO (MKDE, Cert . MDT)

Pendant des années la règle de la non-douleur a été (et reste très souvent) une injonction pour le Kinésithérapeute dans l'évaluation et le traitement des rachialgies. A aucun moment le bilan ou le traitement ne devait produire de symptômes. Il se pourrait cependant qu'avoir peur de la douleur soit une erreur dans l'évaluation et le traitement des patients qui souffrent de douleurs vertébrales, et de lombalgies en particulier.

Premièrement, éviter tous les mouvements qui produisent de la douleur est un obstacle majeur pour identifier l'occurrence d'une « Préférence directionnelle » tel que la décrit Robin McKenzie. Ce dernier est surtout connu pour avoir identifié l'existence d'un groupe important de patients lombaires qui répond à des stratégies de traitement en lordose et en extension. Il a aussi et surtout développé un processus d'évaluation qui vise à déterminer si les symptômes du patient sont aggravés par une (ou plusieurs) direction(s) de mouvement alors que la direction opposée les améliore significativement et durablement. Ce phénomène, nommé préférence directionnelle (PD) s'avère souvent contre-intuitif pour le patient. Par exemple, beaucoup de patients sont soulagés par l'extension lombaire, alors que cette direction est initialement la plus limitée et la plus douloureuse (réponse paradoxale). Mais si la douleur est de plus en plus loin dans l'amplitude, si elle diminue ou si elle devient plus proche de la ligne médiane (phénomène de centralisation), le thérapeute peut être certain que la direction de mouvement est bénéfique pour le patient. Il arrive que la PD soulage d'emblée les symptômes et soit indolore. Mais le kinésithérapeute qui ne teste aucun mouvement douloureux passera souvent à côté. L'occurrence clinique d'une PD a fait l'objet de nombreuses études scientifiques de qualité ayant conclu à sa pertinence. Elle bénéficie aujourd'hui d'une recommandation de Grade A (Delitto 2012, Surkitt 2012).

Deuxièmement, il est maintenant établi qu'un des enjeux majeur de la rééducation est la prévention du syndrome de déconditionnement du rachis si bien décrit par Tom Mayer. En effet, une proportion des patients lombalgiques chroniques s'enferment dans une spirale vicieuse dans laquelle la peur de la douleur et celle de la récurrence induisent une kinésiophobie, suivie d'enraidissement, de perte de force et d'endurance musculaire, et d'une sensibilisation centrale et périphérique de leur système nerveux. A ce stade, l'issue de la rééducation est incertaine, et nécessite parfois des séjours en centre de rééducation avec une équipe multidisciplinaire pour restaurer la fonction et essayer de sortir les patients de cette impasse. Le Kinésithérapeute doit par conséquent être très vigilant au message qu'il communique au patient pendant sa rééducation. Le patient doit apprendre à reconnaître quels symptômes sont véritablement le signe qu'il aggrave son statut, et quelle douleurs accompagnent temporairement le déblocage de ses segments mobiles et la « remise en route » de son rachis. Lui dire d'éviter tout mouvement qui produit de la douleur pendant et en dehors de la séance pourrait fortement contribuer à induire ce que l'on cherche à éviter par-dessus tout : la chronicisation des symptômes.

Ne pas évaluer et traiter la colonne vertébrale comme une entité fragile, ne pas avoir peur de la « bonne douleur », celle qui permet d'identifier une préférence directionnelle, devrait par conséquent faire partie des règles de base dans le bilan et dans le traitement des patients souffrant de lombalgies et de rachialgies en général.

La reconnaissance des différentes douleurs et les stratégies thérapeutiques en MDT.

Florence MORISSEAU (MKDE, Dip. MDT, Instructrice McKenzie)

Contexte :

Au printemps dernier une patiente enthousiaste et convaincue par notre méthode de travail pointe une criante vérité : Nous manquons de stratégies de communication pour faire connaître nos spécificités et ce par défaut de prise de conscience et manque d'outils appropriés.

Elle est représentante médicale et se propose de nous mettre le pied à l'étrier en nous organisant une FMC avec les médecins de notre secteur. Reste à trouver un sujet de communication en accord avec les molécules que le laboratoire pour lequel elle travaille commercialise et notre domaine de compétence.

Elle vend des opiacés et des antalgiques. Nous décidons de proposer une présentation mettant en avant notre compétence à reconnaître et identifier les différentes douleurs, à réaliser un « triage » diagnostique conduisant à des stratégies thérapeutiques définies et enfin à soutenir notre discours avec des éléments de la littérature récents.

Je vous propose donc de présenter cet outil sûrement perfectible et de le mettre à votre disposition dans l'idée de créer une sorte de bibliothèque d'outil de communication utilisable par tous.

Complémentarité entre Pilates et MDT

Carine BARAZER (MKDE Cert. MDT)

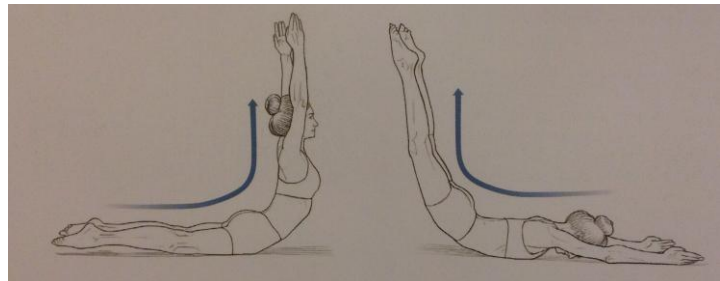
Dans le traitement d'un syndrome de dérangement lombaire, Robin McKenzie décrit 4 stades.

Nous allons nous intéresser au 4ème stade : la prophylaxie.

Nous proposerons donc un protocole d'exercice "Pilates" qui va permettre au patient de comprendre et de ressentir comment s'adapter à son environnement en respectant au mieux sa physiologie.

Comprendre qu'il possède un centre (le transverse) qui va lui permettre de stabiliser sa colonne lombaire dans une position neutre physiologique, de recruter les muscles profonds de la colonne vertébrale pour obtenir l'élongation axiale, d'y puiser l'énergie nécessaire pour donner de la puissance dans les quatre membres et ainsi trouver l'équilibre, la balance dans les muscles agonistes/antagonistes de l'ensemble du corps pour obtenir la précision du geste et le maintien d'une bonne posture.

La méthode Pilates développe la force, la souplesse, la coordination, la rapidité, l'agilité, et l'endurance du patient en six principes qu'il faut garder en mémoire durant l'exécution des exercices.



Ces six principes sont:

1. la respiration,
2. le contrôle du centre / l'élongation axiale,
3. l'articulation de la colonne vertébrale,
4. l'organisation tête / cou / épaules,
5. la mise en charge / alignement des extrémités,
6. l'intégration du mouvement.

Durant la présentation du protocole nous citerons:

- le modèle de stabilité de Panjabi (1992) sur la zone neutre.
- l'étude de Hodges et Richardson, spine 1996 sur le déficit d'activation du contrôle moteur du transverse chez le lombalgique.
- dynamic alignment through imagery, Éric Franklin pour le langage métaphorique.

Votre avis nous intéresse

<p><u>Ce qui vous avez aimé</u></p> <ul style="list-style-type: none">••••••••	<p><u>Ce que vous n'avez pas aimé</u></p> <ul style="list-style-type: none">••••••••
<p><u>Ce que vous auriez aimé</u></p> <ul style="list-style-type: none">••••••••	<p><u>Ce que vous aimeriez d'ici</u> <u>2015</u></p> <ul style="list-style-type: none">••••••••



Bulletin d'adhésion AFMcK

Année 2014

Montant de la cotisation Annuelle 2014 :

- ☐ Libéral : 50 €
- ☐ Salarié : 30 €
- ☐ Membre bienfaiteur : 100 € et +

A renvoyer à : Mme Anne-Marie GASTELLU-ETCHEGORRY,
27 avenue du 10e Dragon, 82000 MONTAUBAN.

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Portable :

Niveau de formation MDT :

Date :

Remplaçant potentiel MDT : Oui ☐

Non ☐

E mail (indispensable) :

En cas de **changement de coordonnées et / ou de niveau de formation** dans
l'année, écrire à : secretariat@afmck.fr

Fait à :

le :

Signature :

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association AFMcK.
En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 Janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectifications aux informations qui vous concernent.
Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à : tresorerie@afmck.fr

Site internet = www.afmck.fr

Adresse mail : contact@afmck.fr