

Cela a pris un peu de retard mais comme promis voici la chronique de l'AFMcK qui a pour but de rendre accessible la littérature scientifique à tous les adhérents.

J'ai choisi une étude de cas pour ce premier papier (Williams, JMMT, 2011).

L'étude de cas (case report) rapporte les résultats d'un traitement avec un patient en particulier. Elle se trouve tout en bas de l'échelle des niveaux de preuves scientifiques. C'est à dire que l'on ne pourra jamais dire qu'un traitement est efficace en se basant uniquement sur une étude de cas. Elle a cependant la vertu de mettre en lumière des faits cliniques qui peuvent nous donner des clefs, utiles à notre pratique au cabinet.

Cet article présente une patiente de 40 ans, professeur dans l'enseignement supérieur, ayant une douleur dans la fesse et la cuisse à gauche à 6/10, depuis 5-6 semaines, sans shift, avec une imposante hernie L5/S1 comme le décrit la coupe sagittale T2 de l'IRM ci-dessous.



A l'examen initial, toutes les directions de mouvements étaient limitées, en particulier l'extension. Un signe de Lasègue homolatéral (Straight Leg Raise, SLR ou Élévation jambe tendue, EJT) était positif et a reproduit la douleur habituelle de la patiente à 30°.

Le test des mouvements répétés dans le plan sagittal a fait périphériser les symptômes. Le glissement gauche a aboli la douleur à la première répétition et ce jusqu'à la 5^{ème} mais la 8^{ème} a augmenté la douleur dans la fesse.

Suite à ces observations, le thérapeute décida de tester la patiente dans le plan horizontal en décharge tel que décrit sur la photo ci-dessous. La rotation gauche en décubitus a aboli complètement les symptômes de la patiente et a augmenté nettement les amplitudes dans le plan sagittal au test en position debout. Le thérapeute a décidé de prescrire 6 à 8 fois par jour cet exercice à la patiente.

Trois jours plus tard la patiente revient à la clinique avec quasiment aucun symptôme, mis à part une « raideur » matinale. Le thérapeute décida de compléter l'exercice par une posture sur les coudes en « demi-grenouille » qui a amélioré l'amplitude d'extension debout.



La patiente fut revue 3 fois par la suite et était toujours en mesure d'abolir ses symptômes. A la 6^{ème} visite, à 6 semaines du début des séances, la patiente avait des amplitudes libres et indolores.



Cet article met évidence que même en présence d'une hernie discale majeure les patients sont évaluable par la méthode McKenzie. Il souligne également le fait qu'il faut adopter une thérapie centrée sur le patient et non sur une imagerie. Il réaffirme par la même, que le concept de Préférence Directionnelle ne se limite pas au plan sagittal mais qu'une combinaison de directions peut s'avérer nécessaire pour arriver à la résolution complète des symptômes.