

**Dans ce numéro :**

- Commentaire principal
- Commentaire des invités
- Point de vue clinique
- Revue de presse scientifique
- Coin Marketing & Business



---

## COMMENTAIRE PRINCIPAL RÉDUIRE L'ÉCART ENTRE CLINICIEN DÉBUTANT ET EXPERT TIMOTHY MAHONEY, PT, DPT

Personne ne débute une école de kinésithérapie en espérant devenir médiocre. Nous nous soumettons à un cycle d'étude pénible, stressant, puis nous poussons des soupirs de soulagement, nous adorons la kinésithérapie, pour mieux la détester ensuite, avant d'en retomber amoureux. Nous le faisons non pas pour entrer dans la « vraie vie » en tant que débutant anxieux et inexpérimenté (malgré toutes les bonnes intentions), mais pour avoir le sentiment confiant d'appartenir à une communauté de cliniciens que nous admirons. Au départ, chaque groupe d'étudiants intelligents, érudits et passionnés pense sincèrement qu'avec l'obtention du diplôme et le permis d'exercer, le succès clinique suivra immédiatement.

Ainsi, lors de ma première année d'école de kinésithérapie, lorsqu'un professeur a prononcé l'affirmation suivante à notre promotion, j'étais dévasté : « Le temps de transition moyen pour passer du niveau de novice à celui d'expert dans le champ de la kinésithérapie est de six ans ». Six ans me semblaient alors une éternité, surtout en prenant compte des trois années qu'il me fallait passer à apprendre uniquement les bases afin d'obtenir mon diplôme. Par la suite, ce même professeur nous a proposé des questions importantes à discuter en petits groupes : Que faire pour réduire ce laps de temps ? Comment réduire ce fossé qui sépare le débutant de l'expert ? Le but de ces questions était de nous faire réfléchir, pour susciter notre motivation et pour encourager un intérêt pour le développement professionnel dès le tout début de notre entrée dans le monde de la kinésithérapie – et, dans mon cas, le but de ces questions a été atteint. Notre groupe a parlé de formation continue, d'affiliation clinique, de participation à des recherches, de l'obtention d'un poste d'enseignant-chercheur ou de spécialisation, ainsi que de nombreuses autres façons de se tenir à jour des dernières publications dans notre domaine. Chaque groupe a présenté sa réponse devant la promotion, et je me souviens que chaque groupe a émis une réponse commune et très appropriée : ne jamais cesser d'apprendre, d'aller chercher les réponses, et de ne pas se satisfaire de la médiocrité. Je suis sorti de ce cours avec un sens du dévouement et l'envie de suivre ces recommandations.

Après l'obtention de mon doctorat et de mon permis d'exercer, environ trois ans après ce cours, j'étais prêt à affronter le monde. J'ai suivi ma passion pour la pratique orthopédique ambulatoire, déterminé à grandir et à passer du stade de novice à celui de clinicien expert. Je mourrais d'envie (et c'est toujours le cas) d'aider chaque patient, de résoudre leurs problèmes et de guérir leurs maux. J'ai connu un certain succès auprès de patients dont les cas n'étaient pas trop compliqués, ceux en post-opératoire ou ceux dont les troubles étaient liés à la pratique sportive, avec le réentraînement à la marche et l'équilibre, entre autre. Je pouvais les prendre en charge de manière confiante, parce que je les comprenais. Mais j'ai rapidement découvert qu'il existait un grand nombre de patients que je ne comprenais pas, et parmi eux, ceux qui se rétablissaient auraient pu attribuer leur guérison à la chance ou au passage du temps. La grande majorité de ces patients présentaient des pathologies rachidiennes : sténose lombaire, syndrome discal lombaire, syndrome facettaire lombaire, lombalgie non spécifique, sciatgie, cervicalgie, radiculopathie cervicale, hernie discale cervicale, tension thoracique, tension bilatérale du trapèze supérieur, etc. J'étais perdu face à ces patients, et j'avais beau relire mes cours ou les articles de recherche depuis mes sources habituelles, toute information ou technique que j'utilisais sur ces patients était utilisée avec l'espoir, et non la certitude, de pouvoir les aider. La confiance née de mes succès commençait à vaciller, et soudain six ans ne me semblaient plus être un laps de temps déraisonnable. Mes échecs cliniques m'ont fait douter de moi, et ce doute m'a poussé à suivre le module A du cursus McKenzie dans l'espoir de pouvoir corriger mes lacunes de clinicien.

Dire que la méthode McKenzie a changé ma vie est un euphémisme. Je suis sorti de ce cursus galvanisé, avec une passion pour le changement que je n'avais pas ressentie depuis mon choix initial de faire de la kinésithérapie mon métier. J'ai appris la valeur du Diagnostic et Thérapie Mécanique, non seulement comme système de classification et comme manière valide et fiable d'évaluer et de traiter mes patients « difficiles », mais aussi comme une opportunité incroyable de pouvoir combler le fossé entre clinicien novice et clinicien expert. L'approche systématique du MDT enlève toutes les suppositions hasardeuses de l'équation en formant les cliniciens à écouter et à apprendre de la

présentation spécifique de la personne avec qui ils travaillent plutôt que d'émettre des hypothèses basées sur un diagnostic patho-anatomique.

Très rapidement, j'ai vu la puissance de la méthode McKenzie du MDT, ce qui a eu un impact profond sur mes attitudes et ma manière de penser en tant que clinicien. Avec l'éducation des patients comme fondement, le MDT est centré sur le patient, intrinsèquement sûr et éthiquement sans concession. En plus d'améliorer mes capacités d'écoute et de communication, cette approche centrée sur le patient m'a également rendu capable d'une véritable empathie envers les autres, en plus de raviver mon amour pour la kinésithérapie, non pas comme carrière, mais comme vocation.

Au mois de mai dernier, j'ai célébré mon premier anniversaire de remise de diplôme de l'école de kinésithérapie. J'ai depuis commencé le module B McKenzie et espère suivre le programme de la certification et du diplôme par la suite. Je continue à me considérer comme un kinésithérapeute débutant, mais je cherche activement les moyens de « réduire l'écart », et je pense sincèrement que dans le domaine de la kinésithérapie orthopédique, rien ne pourra accélérer cette croissance plus rapidement que l'évaluation systématique que propose le MDT. J'encourage vivement tous les kinésithérapeutes, quelque soit leur niveau ou leur expérience, à étudier la méthode d'évaluation McKenzie afin de réussir.

---

## COMMENTAIRE DES INVITES

### Conférence des Amériques 2016 : Destination Miami !

Robert Medcalf, PT, Dip. MDT

Votre attention, cliniciens MDT ! Réservez la date du 5 au 7 août 2016 pour la Conférence des Amériques 2016 ! Le luxueux hôtel Intercontinental de la baie de Biscayne accueillera notre conférence, dans la belle ville cosmopolite de Miami, en Floride. Notre comité de programmation, ainsi que notre président de conférence, Richard Rosedale, PT, Dip. MDT, ont concocté un excellent programme constitué de conférences et d'ateliers afin d'offrir une expérience stimulante aux praticiens MDT. Au nom du comité de programmation, je vous invite chaleureusement à venir à Miami pour la suite de notre série de conférences régionales MDT, mélange d'excellence et d'intimité.

Le thème de cette édition 2016 sera « Principes durables, applications émergentes ». Le programme de conférences reflète la reconnaissance des principes visionnaires et durables mis en place par Robin McKenzie et l'application croissante de ces principes à un monde de la santé en changement. Un petit nombre de conférences concernant des programmes axés sur la clinique se mêleront à plusieurs ateliers de pointe. Cela permettra d'engager et de guider les cliniciens MDT vers une exploration plus complète et une utilisation plus efficace de tout le potentiel de la méthode McKenzie du MDT, pour le large éventail des patients atteints de problèmes musculosquelettiques. Avec ce mélange de résolutions de problèmes, d'ateliers pratiques et de présentations didactiques, les cliniciens MDT de tous niveaux peuvent s'attendre à faire de grands progrès cliniques et à repartir avec une compréhension plus profonde des applications pratiques des principes du MDT.

Les programmes de conférence sur des sujets comme la prise en charge des tendinopathies, les règles de prévision clinique de la classification McKenzie « AUTRE », le rôle des cliniciens MDT en tant que praticiens de premier contact, et bien d'autres sujets encore permettront aux participants de bénéficier à la fois d'informations globales et précises afin d'améliorer leur pratique clinique.

A la demande générale, selon le questionnaire de satisfaction de la conférence MDT 2013 à Denver, nous avons prévu un programme complet constitué de six ateliers de pointe. Les participants pourront assister à chaque atelier, sans être obligé de faire des choix ! Les ateliers seront animés par 42 membres de la faculté et diplômés MDT qui proposeront à tous les participants des défis. Ces défis sont conçus pour améliorer le raisonnement clinique et les compétences thérapeutiques manuelles des participants, qui pourront ainsi améliorer leurs résultats cliniques. Ces ateliers sont décrits ci-dessous :

1. Comprendre et transmettre le MDT en tant que méthode d'approche biopsychosociale solide.  
Les participants interpréteront les influences psychosociales en relation avec le MDT et appliqueront une approche biopsychosociale pour améliorer les résultats cliniques
2. Mobiliser pour centraliser : Atelier de procédé et de technique MDT.  
Il sera proposé de mettre en pratiques des techniques de mobilisations rachidiennes MDT et de corriger les erreurs courantes.
3. MDT pour les extrémités – la progression : un atelier technique.  
Il sera proposé de mettre en pratiques des techniques de mobilisations MDT pour les extrémités sélectionnées et de corriger les erreurs courantes.
4. Est-ce vraiment la taille qui compte ? Le dilemme des petites articulations. Le sujet du MDT appliqué à l'épaule, au genou et à la hanche a été abordé lors de conférences récentes. Cet atelier est consacré à la mise en pratique de l'évaluation MDT comme moyen de traitement des « petites articulations ». Les articulations concernées incluent le pied, la cheville, le poignet, la main, l'ATM.
5. Le labyrinthe clinique dynamique : navigation en eaux troubles. Les animateurs proposeront une étude de cas complexes à étudier en groupe afin de mettre en évidence les zones problématiques du diagnostic et du traitement des troubles mécaniques.

6. Stratégies de classification et de prise en charge au-delà des trois syndromes. Cet atelier mettra en avant la « 4<sup>ème</sup> » catégorie de diagnostic, AUTRE, le diagnostic différentiel et l'exploration de l'utilisation des principes/preuves du MDT ainsi que l'approche basée sur les preuves de la prise en charge.

### **Atelier pré-conférence**

En raison de l'intérêt et de la demande croissante rencontrés lors de la conférence internationale cette année, nous organisons un atelier pré-conférence, « le MDT et les athlètes », lors de notre conférence à Miami. Pour ceux qui travaillent auprès d'une population d'athlètes et de sportifs, vous pourrez y puiser des connaissances sur la mise en pratique des principes MDT à cette population. Nos animateurs d'ateliers ont une expérience longue et variée dans ce domaine. Le programme inclura des données théoriques, des cours interactifs, des séances pratiques et des jeux de rôle. Cet atelier aura un nombre de participants limité afin de garantir la qualité de cette expérience, n'hésitez pas à vous inscrire tôt, il est probable qu'il se remplisse vite !

Une présentation détaillée de la conférence est [disponible en ligne](#), et les inscriptions sont ouvertes !

J'espère que vous nous rejoindrez pour une conférence exceptionnelle à Miami. Vous y apprendrez non seulement des concepts et des connaissances immédiatement applicables, mais vous aurez également l'occasion de rencontrer des cliniciens ayant la même sensibilité et venant de tous les pays du monde, raison qui pousse de nombreux participants à revenir année après année. J'espère vous voir nombreux l'année prochaine !

## POINT DE VUE CLINIQUE

### Les bienfaits des techniques d'extension du rachis thoracique face à un dérangement cervical tenace.

Avec de nombreuses études démontrant l'utilité de la thérapie manuelle appliquée au rachis thoracique pour les cervicalgies et les radiculopathies cervicales<sup>1,2,3</sup>, les techniques de MDT thoracique peuvent être bénéfiques lorsque les techniques cervicales n'ont produit que peu ou pas d'amélioration. Cette étude de cas soutient la mise en place de techniques thoraciques auprès d'un patient présentant des signes et des symptômes correspondant à une radiculopathie gauche C5/6. Lors de l'évaluation initiale, la station assise droite avec un coussin lombaire provoquait une augmentation des symptômes dans l'avant-bras. Toute tentative d'extension cervicale périphérisait les symptômes dans l'avant-bras gauche. Les signes mécaniques et les symptômes du patient s'amélioraient en flexion latérale gauche avec une surpression par le patient, tant que le patient restait assis en position légèrement avancée. Le patient est retourné chez lui avec des techniques de flexion latérale gauche à J1.

L'intégration de techniques d'extension a été entreprise lors des deux séances suivantes, mais les symptômes se périphérisaient. Le patient a donc repris les techniques de flexions latérales gauches. Lors de la troisième séance, le patient pouvait tenir assis droit sans symptôme périphérique. Les répétitions de rotations gauches ont été évaluées, mais ont causé une périphérisation des symptômes vers l'avant-bras. Les répétitions de rotation droite n'ont pas eu d'effet sur les symptômes. Sans amélioration avec les autres techniques cervicales, le patient a continué les flexions latérales gauches + surpression avec une progression de la force.

Lors de la quatrième séance, le patient était toujours incapable de tolérer les extensions cervicales, les rotations gauches ou les flexions. Le patient n'éprouvait qu'une amélioration minimale (10 %) et la flexion latérale gauche restait la seule technique permettant une réduction. Lors de la quatrième séance, l'extension thoracique a été évaluée, avec pour résultat une amélioration de ses symptômes et de sa mobilité cervicale. Le patient a effectué une progression en force, en utilisant une chaise pour créer une surpression suivie d'extensions thoraciques avec une surpression effectuée par le clinicien. Bien que les techniques thoraciques n'aient pas complètement réduit l'obstruction cervicale, les amplitudes et les symptômes se sont améliorés, indiquant l'utilisation de techniques thoraciques.

Pendant les deux semaines qui ont suivi, les séances consistaient en des extensions thoraciques assis avec surpression effectuée par le clinicien sur le rachis thoracique supérieur du patient. Durant ces deux semaines, le patient était incapable d'effectuer des techniques de mobilisations thoraciques ou des extensions/rotations cervicales sans périphérisation des symptômes. A la cinquième semaine cependant, le patient était capable d'effectuer des mobilisations thoraciques en extension assis sans périphérisation des symptômes, indiquant une réduction de l'obstruction. Afin d'accentuer l'extension thoracique haute, la main du clinicien permettant d'appliquer la surpression et de mobiliser doit être placée de manière plus proximale (T2/T3) que ce qui est indiqué dans le texte de McKenzie concernant le rachis cervical et thoracique<sup>1</sup>. Après trois semaines d'application de ces techniques, le patient ressentait une amélioration globale de 70%.

A la sixième semaine, la rotation de la tête vers la gauche ne provoquait qu'une douleur à la nuque sans périphérisation des symptômes. Dans la mesure où le patient présentait une légère perte de rotation gauche et ne progressait pas avec les techniques d'extensions thoraciques, les techniques cervicales ont été réévaluées. Le patient ne pouvait toujours pas effectuer de répétitions d'extensions cervicales sans augmenter la douleur du bras gauche, indiquant un besoin de réévaluer les techniques cervicales latérales. La rotation cervicale gauche entraînait une plus grande amélioration des symptômes que la flexion latérale gauche. Ainsi, le patient a effectué chez lui des répétitions de rotations cervicales gauches avec surpression pendant deux semaines avec une progression de la force. Finalement, à huit semaines, le patient a pu incorporer les extensions cervicales sans symptôme au bras ou à l'avant-bras, jusqu'à la réduction complète des troubles cervicaux.

En résumé, la présentation clinique de ce patient aurait facilement pu être mal classifiée sous la catégorie « AUTRE » en tant que radiculopathie non-répondante dans la mesure où les extensions cervicales augmentaient et périphérisaient systématiquement les symptômes. Cependant, les techniques

thoraciques doivent être testées si l'état de départ se détériore ou ne progresse pas avec les techniques cervicales. Souvent, les techniques thoraciques peuvent être efficaces lors de la réduction initiale de la radiculopathie. Cependant, il est important de noter que face à un trouble du rachis cervical, les techniques d'extension cervicale seront indispensables en fin de traitement afin de réduire totalement le trouble. Les techniques thoraciques sont une option de traitement possible dès lors qu'il y a des améliorations symptomatiques et mécaniques liées à ces techniques. Les techniques manuelles sont nécessaires si les symptômes ne restent pas améliorés avec la force générée par le patient. Les techniques manuelles doivent parfois être appliquées sur plusieurs semaines.

L'Institut McKenzie International a créé une vidéothèque de tutoriels conçus pour aider les cliniciens de différents niveaux de formation MDT. Les vidéos sont présentées progressivement selon le niveau de formation du clinicien. Les techniques thoraciques sont présentées dans le programme des parties B et C. Ces vidéos sont très bénéfiques lorsqu'on essaie de maîtriser une technique suite à un cours, et elles sont essentielles lorsqu'on étudie pour les examens de certification et du diplôme. Pour accéder aux tutoriels, vous pouvez consulter votre filiale ou vous renseigner auprès du siège du MII si votre pays n'a pas de filiale de l'institut.

Les deux vidéos suivantes illustrent les extensions thoraciques assis avec surpression du clinicien et les extensions thoraciques lors de mobilisations assis. Les suggestions sont utiles lors de la mise en pratique de ces techniques thoraciques :

#### **Vidéo : Extension thoracique assis avec surpression par le clinicien (Thoracic Extension in Sitting with Clinician OP)**

1. Position du patient : le patient est assis redressé et maintient une lordose lombaire. Les épaules du patient sont en flexion avec les mains soutenant le rachis cervical. Le patient lève les coudes aussi hauts que possible.
2. Position du thérapeute : Une main sur les processus épineux du rachis médio-thoracique, la main opposée soutient le bras du patient en berceau près du coude pour faciliter le mouvement ascendant des épaules.
3. Application de la force : Pression postéro-antérieure du talon de la main sur le rachis thoracique pendant que l'autre main applique une force vers le haut sur le coude. La force doit être la même sur le rachis thoracique et distalement sur le bras près du coude. La force s'applique lentement et de manière égale en fin d'amplitude et se relâche complètement dans toute l'amplitude pour chaque répétition.

#### **Vidéo : Mobilisation en extension thoracique assis (Thoracic Extension Mobilizations in Sitting)**

1. Position du patient : Le patient est assis redressé et garde une lordose lombaire. Les épaules du patient sont en flexion, les mains soutenant le rachis cervical. Le patient lève ses coudes aussi hauts que possible.
2. Position du thérapeute : une main sur les processus épineux du rachis médio-thoracique, le bras opposé soulève passivement le bras distal du patient près du coude jusqu'au rachis médio-thoracique en fin d'amplitude.
3. Application de la force : Le talon de la main mobilisatrice effectue une pression postéro-antérieure sur le rachis thoracique pendant que la main opposée soulève le coude de manière continue. Le talon de la main mobilisatrice augmente progressivement la pression sur le rachis thoracique en fin d'amplitude puis relâche à chaque répétition, en augmentant l'amplitude.

Après avoir vu les deux vidéos recommandées ci-dessus, gardez en tête les erreurs fréquentes souvent remarquées sur les techniques thoraciques assises :

1. Le patient est avachi, ce qui empêche le rachis thoracique d'atteindre son amplitude complète.
2. Selon la taille du patient, le thérapeute peut avoir besoin de plier les genoux et de s'accroupir pour permettre une application de force appropriée.
3. Les épaules du patient sont positionnées en abduction horizontale plutôt qu'en flexion, sollicitant plus la mobilité de l'épaule que celle du rachis thoracique.
4. Restez proche du patient de manière à ce que l'avant-bras et le talon de la main puissent appliquer une force postéro-antérieure. Si vous êtes trop loin du patient, la ligne de force sera asymétrique, permettant plus de mouvement sur le plan frontal.



## Références:

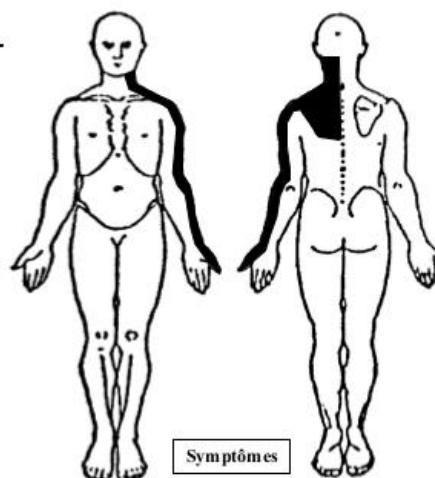
1. Cleland JA, Childs JD, McRae M, Palmer JA, Stowell T. (2005). Immediate effects of thoracic manipulation in patients with neck pain: a randomized clinical trial. *Manual Therapy*;10(2):127-135
2. Cleland JA, Glynn P, Whitman JM, Eberhart SL, MacDonald C, Childs JD. (2007). Short-term effects of thrust versus nonthrust mobilization/manipulation directed at the thoracic spine in patients with neck pain: a randomized clinical trial. *Physical Therapy*;87(4):431-440
3. Ragonese J. (2009). A randomized trial comparing manual physical therapy to therapeutic exercises, to a combination of therapies, for the treatment of cervical radiculopathy. *Orthopaedic Physical Therapy Practice* 2009;21(3):71-76
4. McKenzie RA, May S. (2006). *The Cervical & Thoracic Spine Mechanical Diagnosis and Therapy*. 2nd ed. Waikanae, NZ:Spinal Publications





## INSTITUT MCKENZIE INTERNATIONAL FORMULAIRE D'EVALUATION CERVICAL

Date: \_\_\_\_\_  
Nom: **M. Thoracic** Genre: **(M) / F**  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_  
Né le: \_\_\_\_\_ Age: **51**  
Prescripteur: **neurochirurgien**  
Travail: **Assis 8 à 10 h par jour**  
Loisirs/Famille: **Vélo 3 à 4 fois / semaine**  
Postures / Contraintes: \_\_\_\_\_  
Impact fonctionnel épisode présent: **Marcher, debout et vélo**  
Score d'invalidité: \_\_\_\_\_  
EVA (0-10): **4/10 à 8/10**



### INTERROGATOIRE

Symptômes actuels: **Cou et bras gauches**  
Présents depuis: **8 semaines** *s'améliore/stationnaire/se détériore*  
Facteur déclenchant: **vélo** *Ou ss raison apparente*  
Symptômes initiaux: **(cou) / bras / avant-bras/ tête**  
Symptômes Const: **(cou) / bras / avant-bras/ tête** Symptômes intermit: **(cou) / bras / avant-bras/ tête**  
Empiré: **Penché** *Assis* **Tourner avt bras G** *allongé / se lever*  
**Matin / En-cours-de-journée / Soir** **Immobile / En-mouvement**  
Autre: **Marcher, debout et vélo**  
Mieux: **Penché** *Assis* **Tourner** *allongé*  
**Matin / En-cours-de-journée / Soir** **Immobile / En-mouvement**  
Autre: **Traction cervicale et corticoïde**  
Sommeil perturbé: **Oui (Non)** Oreillers: \_\_\_\_\_  
Position: **Procu / Décu / latérocub D G** Literie: **Ferme / moyenne / molle**  
Episodes antérieurs: 0 **(1-5)** 6-10 11+ Année du 1er épisode: \_\_\_\_\_  
Antécédents: **X 5 épisodes uniquement cervical, complètement résolu avec traction cervicale**

Traitements à ce jour: **Rien**

### QUESTIONS SPECIFIQUES

Vertiges / acouphènes / nausées / avaler: **+** *-* Marche / Membr sup: **(normal) / anormal**  
Médicaments: **Aucuns/ AINS / Analg / Corticoïde/ relax musc** **Corticoïde (x2 / jour)**  
Santé gr: **Bonne** / Pass / Mauvaise  
Imagerie: **oui / non** **IRM Hernie discale C5-C6**  
Chirurgie récente ou maj: **oui / (non)** Douleur Noct: **oui / (non)**  
Accidents: **oui / (non)** Perte de poids inexplicée: **oui / (non)**  
Autre: \_\_\_\_\_

McKenzie Institute International 2004©

## EXAMEN

### POSTURE

Assis: *bonne/ pass / mauv* Debout: *bonne/ pass / mauv* Tête en avant: *Oui/ Non* Torticol: *D / G / Aucun*  
Correction Posturale: *mieux / empiré / ss effet* **Produit avant-bras Gauche** Pertinent: *oui / non*  
autres observations: \_\_\_\_\_

### EXAMEN NEUROLOGIQUE

Déficit Moteur **RAS** Reflexes **RAS**  
Déficit Sensitif **Paresthésie C5-C6** Neuro-méningé: **+ ULNT**

PERTE DE MVT	Maj	Mod	Min	Nul	Douleur
Protrusion			x		aucune
Flexion			x		Av-B. G
Rétraction	x				Av-B. G
Extension	x				Av-B. G

	Maj	Mod	Min	Nul	Douleur
Ind Lat D		x			aucune
Ind Lat G	x				Av-B. G
Rotation D		x			aucune
Rotation G	x				Av-B. G

**MOUVTS TESTS** Décrire l'effet sur la douleur – Pendant: produit, aboli, augmenté, diminué, ss effet, centralisé, périphérisé. Après: mieux, empiré, ss effet, pas empiré, pas mieux, centralisé, périphérisé.

Symptômes Pendant le Test		Symptômes Après le test	Réponse Mécanique		
			↑Ampl	↓Ampl	Ss Effet
<b>Symptôme avant test: Cou et bras G</b>					
Pro					
Rep pro					
1 Ret	X 1 Augmenté bras G				
Rep Ret	X 6 périphérisé Avant-bras G	périphérisé			
Ret Ext					
Rep Ret Ext					
<b>Symptôme avant test en décubitus Cou et bras G</b>					
2 Ret	X 1 Augmenté bras G				
Rep Ret	X 6 périphérisé Avant-bras G	périphérisé			
Ret Ext					
Rep Ret Ext					
<b>Symptômes avant test: Cou et bras G</b>					
Incl Lat D					
Rep Incl Lat D					
3 Incl Lat G	3 x 10 =	diminué bras	Pas Mieux		
4 Incl Lat G	+ SP 3 x 10 =	diminué bras	Mieux		
Rot D					
Rep Rot D					
Rot G					
Rep Rot G					
Flex					
Rep Flex					

### TESTS STATIQUES

Protrusion \_\_\_\_\_ Flexion \_\_\_\_\_  
Rétraction \_\_\_\_\_ Extension: *assis / procu / décu* \_\_\_\_\_

### Autres Tests

### CLASSIFICATION PROVISOIRE

Dérangement Dysfonction Postural Autre  
sousclassification **Asymétrique en dessous du coude**

### PRINCIPLE OF MANAGEMENT

Education \_\_\_\_\_ Matériel Fourni \_\_\_\_\_  
Thérapie mécanique **Oui = principe latéral**  
Principe d'extension \_\_\_\_\_ Principe latéral **Inclinaison latérale + SP toute 2 h** Principe de flexion \_\_\_\_\_  
Autre \_\_\_\_\_  
Objectifs du traitement **1 – Reprendre le vélo comme exercice**  
**2- Marcher et debout sans douleur bras G, ni paresthésie**

McKenzie Institute International 2004©

## REVUE DE PRESSE SCIENTIFIQUE

### Résumé et point de vue sur les publications récentes

Lynda McClatchie, PT, Cert. MDT

#### **Matsudaira K. Et al. (2015). Les exercices d'extension du rachis peuvent-ils améliorer ou prévenir la lombalgie chez les professionnels de santé japonais ?**

(Can standing back extension exercise improve or prevent low back pain in Japanese care workers?)

*Journal of Manual and Manipulative Therapy*; Publié en ligne, jan 2015. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1179/2042618614Y.0000000100>

#### **Objectif**

Evaluer si les exercices d'extension du rachis (groupe « Etirement ») peuvent améliorer ou prévenir les lombalgies chez les professionnels de santé japonais.

#### **Conception**

Essai monocentrique, contrôlé non-randomisé.

#### **Cadre**

EHPAD : Numbu Kohoen, Japon

#### **Patients**

Les professionnels de santé japonais prenant directement en charge des patients ont été répartis en deux groupes : les professionnels du premier étage dans le groupe de contrôle et les professionnels du deuxième étage dans le groupe d'intervention.

Aucun critère d'inclusion au-delà de travailler dans les soins directs aux patients sur l'un des deux étages de l'établissement n'a été mentionné.

Critère d'exclusion :

- Difficultés à participer pour des raisons médicales (sténose rachidienne, polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante) ou autre raison personnelle.

#### **Intervention**

Les sujets ont été répartis soit dans le groupe d'extension debout « Etirement » ou dans le groupe témoin selon l'étage dans lequel ils travaillent. Tous les sujets dans les deux groupes ont reçu un livret d'exercices. Ce livret indique comment effectuer correctement des extensions rachidiennes et comporte des informations basées sur les preuves concernant l'auto-prise en charge des lombalgies et les facteurs de risque (facteurs psychosociaux et comportement d'évitement et de peur).

Le groupe d'intervention « Etirement » a reçu un livret d'exercices, une présentation de 30 minutes par un orthopédiste qui reprenait les grandes lignes du livret et des exercices d'extension debout, et effectuait les extensions debout ensemble lors de leur réunion quotidienne afin de promouvoir l'activité physique régulière.

Le groupe de contrôle a reçu le même livret d'exercice avec l'instruction d'« effectuer des extensions active du rachis lombaire après le port d'une charge lourde, la station prolongée en flexion vers l'avant ou la position assise prolongée ». Chaque sujet du groupe témoin effectuait seul les extensions debout lorsqu'ils le désiraient.

#### **Critères d'évaluation principaux**

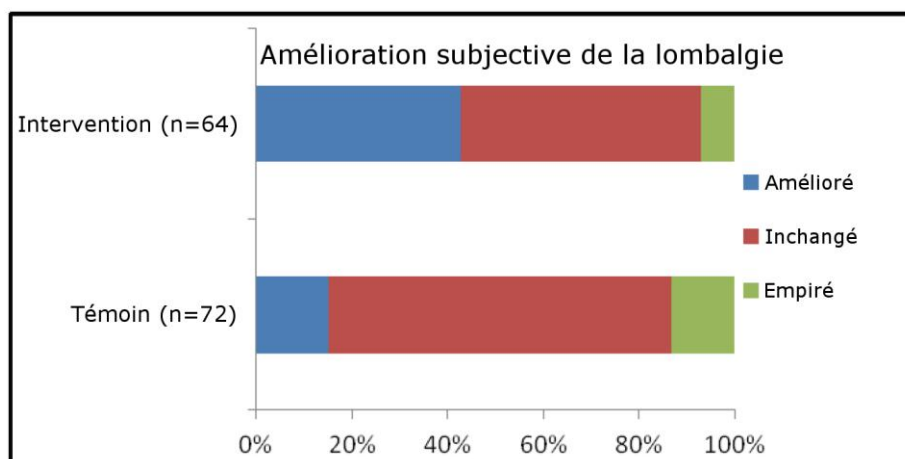
Les données ont été mesurées à l'inclusion et au bout d'un an, via un questionnaire auto-géré. Les critères d'évaluation sont les suivants :

- Amélioration subjective de la lombalgie depuis l'inclusion (amélioré, inchangé, empiré).
- Adhésion à l'exercice (bonne/faible)

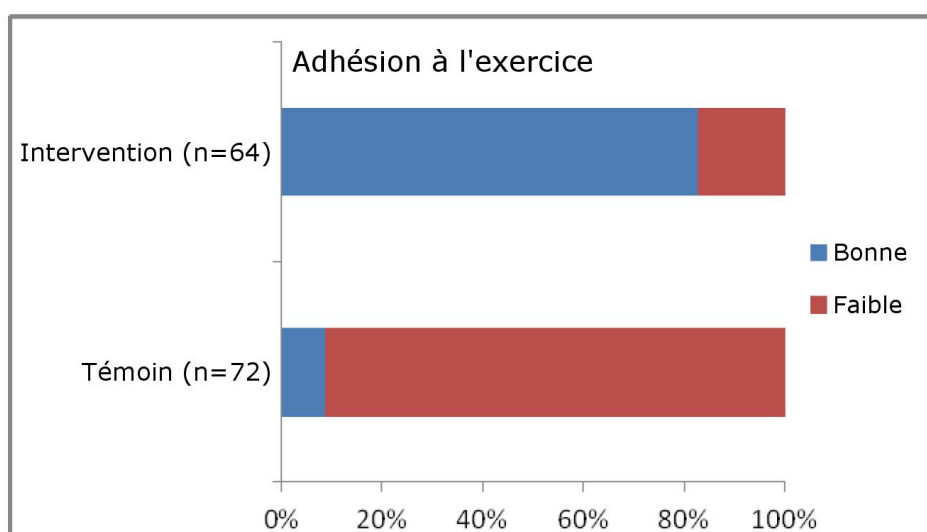
## Résultats principaux

Pas de différence significative entre les deux groupes à l'inclusion.

	Groupe « Etirement » (n=64)	Groupe témoin (n=72)	Valeur P
Age (année) (+/-ET)	36.8 ± 10.9	35.9 ± 10.9	0.39
Sexe (M/F)	23/41	31/41	0.39
Consultation médicale (+)	7	5	0.41
Gravité de la lombalgie au cours du dernier mois Pas de douleur	21	25	0.47
Lombalgie sans intervention	40	40	
Lombalgie avec intervention	3	7	
Score SF-36	61.4 ± 19.9	61.3 ± 19.9	0.97



Un nombre statistiquement significatif ( $P=0,003$ ) de sujets ont obtenu une « amélioration » de leur lombalgie dans le groupe d'intervention après un an, comparé au groupe témoin.



Un nombre statistiquement significatif ( $p=0,001$ ) de sujets rapporte une « bonne » adhésion dans le groupe d'intervention après un an, comparé au groupe témoin.

## Conclusions

Les auteurs de cette étude concluent que les extensions rachidiennes debout (groupe « Etirement ») sont efficaces pour éviter le développement et l'aggravation des lombalgies chez les professionnels de santé. Ils ont émis l'hypothèse qu'effectuer des exercices d'extensions debout améliorerait les lombalgies et diminuerait le nombre de consultations médicales et d'arrêt du travail chez ces professionnels.

## Commentaires/Implication pour les cliniciens MDT

Dans cette étude, le groupe d'intervention « Etirement » et le groupe témoin ont tous deux effectué des mouvements d'extension debout, la différence entre les deux groupes consistant en une séance d'éducation de 30 minute pour le groupe d'intervention au début de l'étude et une incitation pour le groupe d'intervention à effectuer l'exercice ensemble lors de leur réunion quotidienne. Dans la mesure où les deux groupes effectuaient des exercices d'extension lombaire debout, la comparaison avec un groupe n'effectuant pas activement cet exercice est impossible, on ne peut donc pas en conclure que les mouvements en extension puissent prévenir des lombalgies. Il est possible que ce soit la séance d'intervention reçue par le groupe d'intervention, ou le fait qu'ils effectuaient l'exercice ensemble qui ait pu aider. Il a été démontré que l'adhésion était significativement meilleure dans le groupe d'intervention, mais il a été demandé à tous les sujets de se rappeler de la fréquence à laquelle ils effectuaient l'exercice dans le questionnaire de suivi, ce qui a pu engendrer un biais de mémoire.

Les auteurs de cette étude n'utilisent pas les mêmes critères d'évaluation à l'inclusion et après un an. Au départ, chaque sujet effectuait une cotation de l'intensité de sa lombalgie sur l'échelle de Von Groff, mais le suivi à un an demandait simplement s'il y avait une amélioration ou non. La taille d'échantillon utilisée dans cette étude est petite et une seule population de sujet est utilisée, les résultats ne peuvent donc pas être appliqués à la population globale.

En gardant ces faiblesses à l'esprit, il est important, en tant que cliniciens MDT, de ne pas surinterpréter les résultats de cette étude. Cependant, il est enthousiasmant de voir les auteurs reconnaître l'importance des mouvements d'extension lombaire, et d'examiner la manière dont la pratique quotidienne des extensions peut prévenir des lombalgies. Les recherches à venir devraient inclure un groupe contrôle n'ayant pas reçu d'instruction concernant les exercices d'extension debout, mais à qui on peut simplement demander de bouger régulièrement. Il serait également intéressant de mesurer les effets d'une augmentation de la fréquence et du nombre de répétition des extensions lombaires debout, en partant du principe que le groupe d'intervention de cette étude a effectué cet exercice une fois par jour, et qu'il n'y a pas d'information concernant la fréquence du groupe témoin. Une autre étude pourrait également varier les populations de travailleurs (sédentaires et actifs) impliqués.

<http://dx.doi.org/10.1179/2042618614Y.0000000100>

◆◆◆◆

## Résumé et point de vue sur les publications récentes

Celia Monk, Dip Phys (Otago), Dip. MDT, MNZSP, MINZ

**Rosu OM, Ancuta C. (2014). Formation McKenzie chez des patients au stade précoce de spondylarthrite ankylosante: résultats d'une étude contrôlée de 24 semaines** (McKenzie training in patients with early stages of ankylosing spondylitis: results of a 24-week controlled study). **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. Juin ; 51(3) 261-8**

### Objectif :

Démontrer les bienfaits obtenus en suivant un programme d'exercices basé sur la méthode McKenzie comparé à un protocole standard de programme d'exercices chez des patients présentant une spondylarthrite ankylosante de stade précoce.

### Conception :

Essai contrôlé randomisé

### Cadre :

Service de rhumatologie et de rééducation, Lasi, Roumanie.

### Patients :

Les patients consécutifs reçus dans le service de rhumatologie et de rééducation ont été répartis aléatoirement dans l'un des deux groupes de prise en charge.

Critères d'inclusion des patients:

- Stades précoces de spondylarthrite ankylosante axiale avec sacro-iliite de grade 2 ou plus avérée par radiographie, sans implication rachidienne.
- Trouble cliniquement stable
- Absence d'antécédents de condition cardiovasculaire ou respiratoire significative.

Aucun critère d'exclusion n'est mentionné, mais les auteurs mentionnent dans leur article que deux personnes ont été retirées en raison de leur manque d'adhésion au programme d'exercices.

### Intervention

Les patients ont été répartis aléatoirement dans l'un des deux groupes, le groupe McKenzie et le groupe témoin.

Le groupe McKenzie a suivi un programme d'exercice impliquant les exercices suivant incluant du contrôle postural, un étirement rachidien, de la rééducation respiratoire et une stabilisation pelvienne :

1. Utilisation d'un coussin lombaire McKenzie lors de la position assise.
2. Flexion maintenue en décubitus à l'aide d'un coussin lombaire au niveau de la lordose en croisant les jambes au-dessus de la tête, genoux légèrement fléchis. Tenue de position 10 secondes, repos 10 secondes.
3. Extension maintenue en course moyenne en procubitus sur les coudes pendant 10 secondes.
4. Exercices de respiration profonde en décubitus avec un coussin lombaire en lordose et bras en rotation interne.
5. Exercices de respiration profonde en décubitus avec un coussin lombaire en lordose et bras complètement fléchis au-dessus de la tête.
6. Glissement latéral maintenu debout contre un mur, pendant 10 secondes.
7. Exercices répétés de gainage sur le côté.
8. Exercice en latérocubitus – mais la description n'est pas claire concernant ce que cela implique.
9. Couché en Décubitus avec coussin lombaire sous la lordose et mains derrière la tête. Décoller le tronc du sol et la position est maintenue pendant 10 secondes.



Le groupe témoin a suivi le programme d'exercice suivant :

1. Entraînement postural debout, en décubitus et en position assise.
2. Extension et flexion lombaire à quatre pattes.
3. Exercices de respiration profonde en décubitus sans coussin lombaire en lordose, bras en rotation interne.
4. Exercices de respiration profonde en décubitus sans coussin lombaire en lordose, bras complètement fléchis au-dessus de la tête.
5. Pompes debout contre l'angle d'un mur.
6. Exercice de pont en décubitus, genoux fléchis.
7. Flexions latérales du tronc en position assise, mains derrière la tête.
8. Couché en Décubitus sans coussin lombaire sous la lordose et mains derrière la tête. Décoller le tronc du sol et la position est maintenue pendant 10 secondes.

Durant les 12 premières semaines de l'étude, les patients étaient supervisés par un kinésithérapeute formé de l'hôpital de jour de rhumatologie, sous la supervision de leur rhumatologue traitant. Durant la deuxième période de 12 semaines, les patients ont effectué les exercices à domicile, sans supervision. Les exercices étaient effectués lors de séances de 50 minutes, trois fois par semaines.

Afin d'assurer l'adhésion, tous les patients ont reçu un journal décrivant leurs exercices, qu'ils devaient compléter après chaque séance d'exercice.

## Critères d'évaluation principaux

1. Intensité de la douleur mesurée par EVA
2. Mobilité lombaire mesurée par le test de Schober modifié et la distance doigts-sol.

Les critères d'évaluation secondaire sont l'activité de la maladie, la fonction, la métrologie et l'expansion thoracique.

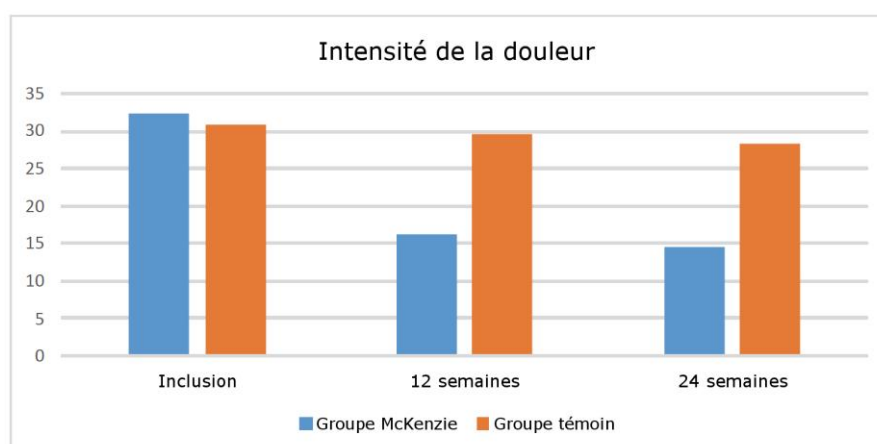
Toutes les mesures ont été prises à l'inclusion, à 12 semaines et à 24 semaines.

## Résultats principaux

Aucune différence significative entre les deux groupes en termes de données démographiques.

	Groupe McKenzie (n = 26)	Groupe témoin (n = 24)	Valeur P
Age (année) (moyenne ± ET)	25.12 ± 3.98	22.96 ± 3.65	>0.05
Sexe (M/F)	22/4	21/3	>0.05
Durée des troubles (années)	5.73 ± 3.11	4.21 ± 2.98	>0.05

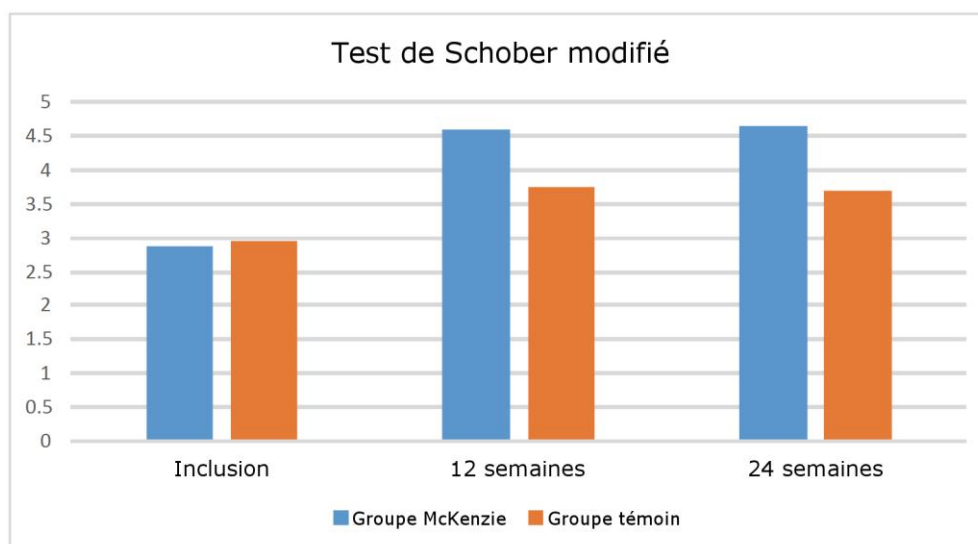
Changement d'intensité de la douleur



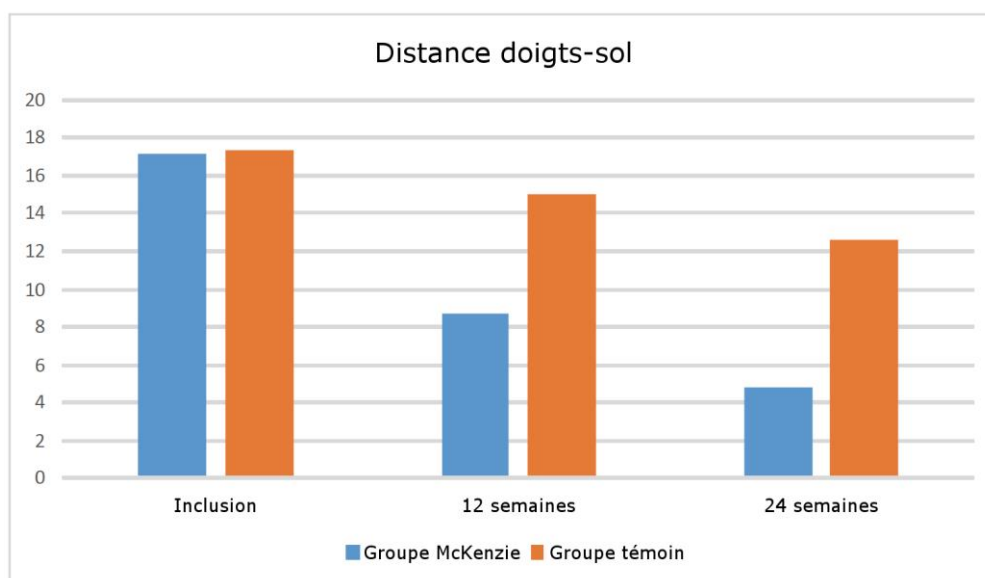


Une différence statistiquement significative entre les deux groupes a été observée concernant l'intensité de la douleur lors des mesures effectuées à 12 semaines et à 24 semaines avec une valeur P de 0.001 en faveur du groupe McKenzie.

## Changement de mobilité



Les différences entre les deux groupes pour le test modifié de Schober étaient statistiquement significatives lors des mesures effectuées à 12 semaines et à 24 semaines avec une valeur P de 0.001 dans les deux cas.



A nouveau, les différences entre les deux groupes étaient statistiquement significatives avec une valeur P de 0.003 à 12 semaines et de 0.001 à 24 semaines.

Les critères secondaires d'activité de la maladie, de la fonction, de la métrologie et de l'expansion thoracique ont également montré des améliorations significatives en faveur du groupe McKenzie avec des valeurs P comprises entre 0.001 et 0.003.

## Conclusions

Les auteurs de cette étude ont conclu qu'en raison des améliorations observées, un programme spécifique d'exercice McKenzie devrait être inclus dans les soins standards des stades précoces de la spondylarthrite ankylosante.

## Commentaire/implication pour les cliniciens MDT

Bien que cet article semble dans un premier temps passionnant pour les cliniciens MDT, plusieurs limites doivent être soulignées. Les plus évidentes sont le nombre limité de sujets, avec un total de 50 patients ayant complété le programme, et le fait qu'il n'y ait pas de suivi à long terme permettant de déterminer si la différence reste pertinente. Une limite moins évidente à la première lecture de cet article est le contenu du programme d'exercice du groupe McKenzie. Les auteurs indiquent qu'il est basé sur la méthode McKenzie, mais le seul lien direct semble être l'utilisation du coussin lombaire McKenzie en position assise, les exercices d'extensions maintenues en course moyenne en position allongée et les glissements latéraux debout contre le mur. Afin de refléter réellement la méthode McKenzie, une évaluation rigoureuse aurait dû être faite pour chaque patient, et un programme d'exercice spécifique conçu selon les résultats de l'évaluation, incluant les tests de répétition de mouvements. Il n'est pas précisé si cela a été fait ou non. Une approche générale d'exercices globaux n'est jamais prescrite en MDT. Les exercices de renforcement ont un rôle à jouer pour certains patients, mais ils ne sont prescrits que s'ils sont conseillés, et ce sur une base individuelle.

Nous ne savons pas non plus combien de répétitions ont été effectuées par les patients pour chaque exercice, nous savons seulement qu'elles étaient maintenues pendant dix secondes, suivies d'un repos de dix secondes. Une des différences clés entre le MDT et les autres protocoles est l'utilisation de répétitions de mouvements. Que ce soit pour les dérangements ou les dysfonctions, ou pour accompagner le procédé de guérison, ou de réparation et de remodelage. Une autre différence clé est la fréquence des séances d'exercice pour les patients bénéficiant du MDT. Les patients sont encouragés à effectuer leurs exercices cinq à six fois par jour, tous les jours, et non trois fois par semaine comme c'est le cas dans cette étude.

Curieusement, les auteurs déclarent que la méthode McKenzie aide pour les douleurs inflammatoires. Les douleurs chimiques dues à l'inflammation sont, en fait, une contre-indication au MDT. Le fait qu'une amélioration significative de l'intensité de la douleur ait été obtenue dans le groupe McKenzie indique que la douleur chimique était sous contrôle par les traitements d'AINS que prenaient les patients, ou n'était pas pertinente lors des exercices. Encore une fois, nous ne savons pas combien de patients étaient traités par AINS, mais l'article indique que si les patients recevaient un tel traitement en début d'étude, ce traitement n'était pas interrompu. Il aurait été intéressant de découvrir combien de patients présentaient des dérangements en plus de leur diagnostic de spondylarthrite ankylosante, et qui par conséquent ont répondu favorablement à la composante de correction posturale du programme.

Nous ne sommes également pas informés du niveau de formation McKenzie reçu par les thérapeutes impliqués, ni si leurs connaissances de « McKenzie » ont été obtenues de manière autodidacte. Cela peut expliquer le manque de corrélation entre le groupe « McKenzie » de cette étude et ce qu'implique en réalité le MDT – une évaluation individualisée et complète, un programme d'exercices fréquents établi en fonction des résultats du procédé d'évaluation puis modifié selon les réponses mécaniques et symptomatiques aux répétitions de mouvements.

Ceci étant dit, il est tout de même passionnant de voir un groupe de cliniciens tenter d'explorer les effets du MDT sur un groupe de patients diagnostiqués avec une spondylarthrite ankylosante. Cependant, pour représenter fidèlement le MDT, le groupe McKenzie aurait dû bénéficier d'une évaluation et d'un programme d'exercices individualisés, et le protocole devrait représenter plus fidèlement la méthode McKenzie du MDT. Il y a donc une belle opportunité pour de futures recherches sur cette population de patients, en s'assurant que le MDT soit représenté de manière appropriée.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25358635>

## COIN MARKETING & BUSINESS

### Titre

#### **Promouvoir le MDT dans les Hôtels de votre quartier**

*Yoav Suprun, DPT, Dip. MDT*

Afin de maintenir un flux constant de travail dans mon cabinet, je sais que je dois continuellement trouver de nouvelles façons de promouvoir mes services. Etant donné que la plupart de mes patients me voient moins de huit séances, je dois être créatif pour attirer et explorer constamment de nouvelles opportunités.

J'ai récemment eu l'opportunité de parler au personnel d'un hôtel important à Miami Beach, au sujet des douleurs mécaniques du cou et du dos. Les employés de l'hôtel (comme beaucoup d'autres) ressentent régulièrement des douleurs mécaniques, à la fois au travail et en dehors du travail. J'ai pensé que si je pouvais aider ces employés, ils pourraient, en retour, évoquer mon nom aux clients de l'hôtel ressentant la même douleur.

J'avais auparavant traité un cadre supérieur qui pouvait me donner l'opportunité « d'entrer » dans l'hôtel. Nous nous sommes donc rencontrés, avons examiné le besoin de former son personnel concernant les douleurs mécaniques courantes, et avons fixé une date. La discussion a duré 45 minutes et a été suivie d'une session de questions/réponses de 15 minutes. Les employés ont apprécié le fait que leur employeur se souciait de leur bien-être.

Depuis cette intervention, j'ai reçu quatre clients de l'hôtel envoyés par les employés et deux employés supplémentaires. L'hôtel se situe à une faible distance, à pied, de mon cabinet.

Je vous encourage à rendre visite aux hôtels proches de votre cabinet afin de vous présenter au responsable, et proposer un déjeuner-formation au personnel.

N'oubliez pas que vous offrez une valeur-ajoutée (le MDT !) à la liste de recommandations de la conciergerie de l'hôtel. Il existe de nombreux hôtels à Miami Beach où les touristes, après de longs vols, des retards, etc. souffrent d'une douleur qui est de nature mécanique. Les clients ne savent pas quoi faire, et la plupart des hôtels n'ont pas de praticien à conseiller à leurs clients. Souvent, ils ne font que réserver un massage.

Faites-vous connaître de quelques hôtels proches de vous. En informant les responsables de l'hôtel et les employés de ce que vous faites, vous pourriez obtenir une nouvelle source de recommandations.

Pour vous aider à recevoir des patients venant des hôtels de votre quartier, je vous conseille :

1. Trouvez la personne responsable des Ressources Humaines ou le Directeur Général de l'hôtel
2. Sollicitez un rendez-vous avec cette personne pour l'informer de votre approche unique, avec une évaluation mécanique sûre et efficace, et comment le MDT peut aider leurs employés et leurs clients.
3. Durant la rencontre, apportez des « cadeaux » (coussin lombaire, manuel McKenzie, ou les deux)
4. Proposez de tenir une ou deux fois par an une conférence pour le personnel. Par exemple : « Comprendre la sciatique et les douleurs lombaires », « Douleurs cervicales ? » ou « Points clés pour la prévention des douleurs lombaires et de la nuque au travail ».
5. Créez une présentation PowerPoint séduisante avec de superbes images, expliquant la douleur mécanique (pour plus d'informations sur ce sujet, voyez [Comment créer une clinique MDT réussie en démarchant auprès du public](#), Décembre 2013).
6. Assurez-vous qu'un projecteur et un écran sont disponibles. Utilisez un changeur de diapositives avec pointeur laser.
7. Apportez quelques modèles de rachis.
8. Gardez 15 minutes à la fin de la conférence pour les questions et donnez votre carte de visite à TOUT LE MONDE.

9. Laissez BEAUCOUP de cartes de visites au concierge et au personnel de l'accueil
10. N'oubliez pas d'aller à l'hôtel tous les deux mois pour approvisionner le stock de cartes de visite.

Je vous souhaite beaucoup de succès ! J'espère que cette idée vous apportera de nouvelles pistes. N'hésitez-pas à m'envoyer un mail à [yoav@sobespine.com](mailto:yoav@sobespine.com) si vous avez besoin d'aide ou si vous avez des questions.