

CORRECTIONS QUIZZ FIN DE MODULES MANUEL

PARTIE B

INTRODUCTION ET ÉPIDÉMIOLOGIE

QUESTIONNAIRE DE FIN DE CHAPITRE

Réviser les caractéristiques essentielles du Diagnostic et de la thérapie mécanique en répondant aux questions suivantes :

Classification des sous-groupes:

1. Quelles sont les caractéristiques qui sont spécifiques au Syndrome de Dérangement, et qui ne sont pas présentes dans les syndromes de Dysfonction ou Postural ?
Pendant les tests de mouvements répétés, les symptômes peuvent être produits, augmentés, diminués, abolis, ils centralisent ou périphérisent ; mieux, pas mieux, empirés, pas empirés, centralisés ou périphérisés après les tests . Le syndrome de dérangement peut donc montrer une grande variabilité pendant ces tests alors que les tests dynamiques sont sans effet avec le syndrome postural et montrent une réponse stéréotypée dans le syndrome de dysfonction (produit-pas empiré dans le sens de l'étirement des tissus trop courts, sans effet dans les autres directions).
2. Quelles sont les caractéristiques qui sont spécifiques au Syndrome de Dysfonction, et qui ne sont pas présentes dans les syndromes de Dérangement ou Postural ?
Les tests des mouvements répétés montrent une réponse stéréotypée dans le syndrome de dysfonction (produit-pas empiré dans le sens de l'étirement des tissus trop courts, sans effet dans les autres directions).
3. Quelles sont les caractéristiques qui sont spécifiques au Syndrome Postural, et qui ne sont pas présentes dans les syndromes de Dysfonction ou de Dérangement ?
Les tests dynamiques sont sans effet avec le syndrome postural.

Utilisations des tests des mouvements répétés

1. Quel est l'intérêt d'utiliser les tests des mouvements répétés?
Ils permettent de traduire le comportement mécanique du problème présent (cf. ci-dessus) et d'abolir les réponses paradoxales issues d'un mouvement unique dans une direction.
2. Quelles sont les difficultés les plus fréquentes quand on utilise les tests des mouvements répétés ?
Une incapacité (physique) à mener une série suffisante de répétitions ; le patient ne réalise pas des mouvements d'une amplitude suffisante ; une mauvaise interprétation (ou non objective) de la réponse symptomatique et mécanique est enregistrée .
3. Qu'est ce qu'indique une réponse non-concluante aux tests des mouvements répétés?
Bien que les mouvements de la colonne influent sur les symptômes, il n'y a pas de schéma clair dans la réponse symptomatique et mécanique qui peut sembler contradictoire. On ne peut pas établir de préférence directionnelle de façon claire, logique.

Sur le thème de la centralisation – Pour chacun des titres suivants, décrivez:

1. Qu'est ce que la centralisation?
A la suite d'une procédure mécanique, la douleur devient plus centrale (proximale) et le reste.
2. Comment se produit elle? (C'est à dire en utilisant quelle méthode de test ?)
La répétition d'un mouvement dans une même direction donnée.
3. Pourquoi se produit elle? (Quel modèle conceptuel?)
Modèle conceptuel discal : réduction de la stimulation nociceptive dans la partie la plus externe du disque (dérangement purement intra-discal : l'annulus n'est pas déformé, ou dérangement de type protrusion venant déformer l'annulus)
4. Dans quel groupe de patients cela se produit il?
Le syndrome de dérangement

5. Quelle est sa signification clinique?
On réduit la migration pathologique de matériel nucléaire dans les fissures annulaires (on "recentre" ces fragments nucléaires), ce qui diminue les stimulations nociceptives sur la partie externe innervée de l'annulus

6. Est-ce que la littérature médicale est favorable à l'utilisation clinique de la centralisation ?
Oui, car la centralisation est toujours associée à de bons résultats thérapeutiques dans les études disponibles. Elle indique avec certitude la direction de traitement à utiliser.

En rapport avec le traitement

1. Discutez de la composante de « management » du patient dans l'utilisation du Diagnostic et de la Thérapie Mécanique.
Le patient est responsabilisé, il est l'acteur principal de son traitement.

2. Discutez du rôle du clinicien et du rôle du patient dans l'utilisation du Diagnostic et de la Thérapie Mécanique.
Le clinicien pose un diagnostic mécanique et propose un plan de traitement ; il favorise l'autonomie de son patient en l'éduquant sur les différents aspects du management.
Le patient est compliant, il a compris les avantages de l'autotraitement à court, moyen et long terme.

3. Discutez des caractéristiques clés de l'auto-traitement pour le contrôle à long terme des symptômes (concept prophylactique).
Le patient continue à pratiquer ses exercices au moins deux fois par jour, à contrôler sa posture et à éviter les facteurs aggravants. Il maintient une bonne forme physique.

Progression des forces

1. Pourquoi est-ce qu'on utilise le concept de progression des forces en Diagnostic et en Thérapie Mécanique?
Parce qu'il n'est pas nécessaire d'utiliser des forces intenses lorsqu'une force plus modeste amène des progrès. Pour ne pas compromettre l'autotraitement en introduisant trop tôt des techniques passives

2. Décrivez la progression des forces?
Forces statiques générées par le patient, puis forces dynamiques générées par le patient, puis forces générées par le clinicien ,
3. Quelle est l'indication principale pour augmenter les forces?
Lorsque le niveau de force utilisé n'amène plus de progrès.

Facteurs de risques en présence de douleurs cervicales, thoraciques ou de céphalées:

1. Discutez des facteurs prédisposant que McKenzie identifie pour les douleurs cervicales, thoraciques ou les céphalées cervicogéniques.
Antécédents de douleurs cervicales, sexe féminin, céphalées, lombalgies, détresse émotionnelle, travaux lourds et répétitifs, activités en position assise, activités en flexion cervicale.
2. Dans l'étude de cas qui figure à la fin de ce manuel, identifiez les facteurs de risque et les facteurs pronostiques :
Facteurs de risque : sexe féminin ; travail assise et en flexion cervicale; antécédents de douleurs cervicales
Facteurs pronostiques : sexe féminin ; âge ; antécédents de douleurs cervicales

MODULE DEUX
DIAGNOSTIC MECANIQUE:
CLASSIFICATION ET DEFINITION DE TERMES

QUESTIONNAIRE

Complétez le tableau suivant sur les caractéristiques des trois syndromes :

	Syndrome de Dérangement	Syndrome de Dysfonction	Syndrome Postural
Pathologie Oui / Non Type de pathologie	Oui, "quelque chose pas en place"	Oui, tissus trop courts, rétractions, fibrose.	non
Groupe d'Age Masculin / Féminin	M + que F ?	M + que F	F + que M
Douleur: Topographie Locale / Irradiée/ Radiculaire	variable	Locale sauf ARN	locale
Douleur : Constante/ Intermittente	variable	intermittent	intermittent
Empiré / Amélioré par Statique /dynamique Milieu/Fin d'amplitude Cycle diurnal Type de contrainte	variable	Statique ou dynamique, mais fin d'amplitude	Statique ; fin d'amplitude
Examen Physique Posture Déformation Aiguë Perte d'amplitude Mouvements répétés	Déf. possible Perte d'amplitude variable, réponse variable aux mvts répétés	Pas de déformation, perte d'amplitude et P PE dans le sens des tissus trop courts seulement, mvts répétés, SE dans les autres directions.	Pas de déformation, pas de perte d'amplitude, SE aux mvts répétés.
Principes de Management	Réduction Principes d'extension, de flexion ou latéral	Remodellage 3 principes possibles	Education Correction posturale uniquement

MODULE TROIS

Considération Anatomique Reliée au Diagnostic et à la Thérapie Mécanique (DTM)

QUESTIONNAIRE

1. **Faites une liste des différences anatomiques entre le rachis cervical, le rachis dorsal, et le rachis lombaire. Discutez de la signification clinique de ces différences.**

RACHIS CERVICAL	RACHIS THORACIQUE	RACHIS LOMBAIRE
<p>Région en lordose. Corps vertébral plus petit qu'aux niveaux inférieurs. Perforation des apophyses transverses de C1 à C6 (passage de l'artère vertébrale). Présence des uncus (articulations unco-vertébrales). Apophyse épineuse bifide. Apophyse transverse plus en avant qu'aux niveaux sous-jacents.</p> <p>Orientation des articulations interapophysaires : regardent en haut et en dehors (vert. Inf.). Pas de disque entre C0 et C1 et C1 et C2. Nucleus fibro-cartilagineux. Annulus plus épais en avant qu'en arrière (et en forme de croissant concave en arrière).</p> <p>Foramens intervertébraux au niveau des disques.</p>	<p>Région en cyphose. La taille du corps vertébral augmente en allant vers le caudal. Vertèbres thoraciques sup. similaires aux cervicales, vertèbres thoraciques inférieures similaires aux lombaires. Présence d'articulations additionnelles : costo-transversaires et costo-vertébrales. Canal vertébral plus étroit à ce niveau. Orientation des articulations interapophysaires : regardent en arrière (vert. Inf.).</p> <p>Disque plus épais en arrière .</p> <p>Foramens intervertébraux larges et situés au niveau des corps vertébraux (pincements de racines plus rares à ce niveau).</p>	<p>Région en lordose. Corps vertébral atteignent leur taille maximale (priorité à la stabilité à ce niveau).</p> <p>Orientation des articulations interapophysaires : regardent en arrière et en dedans (vert. Inf.). Annulus composé d'une partie interne capsulaire et externe ligamentaire. Zone de plus grande fragilité au niveau postéro-latéral.</p> <p>Foramens intervertébraux au niveau des disques.</p>

2. Rappels anatomiques et biomécaniques:

1. Fonctionnellement, combien de région distinctes y a t'il dans le rachis cervical ? Discutez de la pertinence clinique des ces différences.
2 régions distinctes (cervicale sup et inf) qui fonctionnent distinctement d'un point de vue biomécanique (mouvements de flexion-extension opposés lors de rétraction-protrusion du cou)
2. A quel niveau se trouvent les processus unciformes ? Quelle est leur signification clinique ?
A la partie supéro-latérale des corps vertébraux. Ils favorisent les mouvements de translation sagittale et les rotations tout en stabilisant la colonne pendant ces mouvements.
3. Quand la colonne cervicale est maintenue en protrusion, dans quelle position se trouvent respectivement le rachis cervical supérieur et inférieur ? Quel impact cela a t'il sur la présentation clinique de nos patients ?
Rachis cervical supérieur en position d'extension, cervical inférieur en position de flexion. Ceci favorise les dérangements (postérieur au niveau inf. et antérieur au niveau sup.)
4. A travers quelle partie des vertèbres cervicales passe l'artère vertébrale ? Quelle est l'importance clinique de cette artère ?
A travers l'apophyse transverse de C1 à C6 . Cette artère irrigue le tronc cérébral, la partie postérieure du cerveau, le cervelet.
5. Entre quelles vertèbres la plus grande partie de la rotation cervicale se passe t'elle ? En quoi cela a t'il une importance clinique ?
Entre C1 et C2 (50 % de la rotation cervicale). La rotation sera souvent le mouvement le plus utile dans l'exploration de la composante latérale au niveau cervical supérieur.
6. Décrivez ce qui se passe d'un point de vue biomécanique dans les articulations inter-apophysaires du niveau cervical moyen pendant un mouvement de rotation gauche.
Les interapophysaires se ferment du côté homolatéral (gauche) et s'ouvrent de l'autre côté (droit).
7. Décrivez l'innervation du disque cervical et discutez de la signification clinique que cette innervation peut avoir.
La partie externe de l'annulus est innervée. En cas de fissure + fragment , une stimulation nociceptive de cette partie externe de l'annulus peut se produire pouvant provoquer des douleurs (douleurs projetées possibles).

MODULE QUATRE

INTERROGATOIRE ET EXAMEN PHYSIQUE

QUESTIONNAIRE

Questions sur l'interrogatoire et sur l'examen physique :

1. Si les symptômes sont localisés au niveau du membre supérieur, avec très peu, voire aucune douleur dans la région cervicale, donnez 3 diagnostics possibles.
Dérangement réductible, dérangement irréductible, adhérence de racine nerveuse.

2. Un patient rapporte avoir un sommeil perturbé. Quelles informations supplémentaires est-ce que vous recherchiez, et pourquoi ?
Le sommeil est-il perturbé en raison de cet épisode (depuis cet épisode) ou pour une toute autre raison, peut-être plus sérieuse (suspicion de drapeau rouge)

3. Un patient rapporte avoir eu de nombreux épisodes récurrents dans le passé. Quelles informations recherchiez-vous en rapport avec cette donnée ?
Les épisodes sont-ils de plus en plus rapprochés ? Qu'a fait le patient contre cela ? Quels types de traitements ?

4. Après avoir terminé l'interrogatoire, et avant de procéder à l'examen physique, l'information rassemblée devrait vous aider à décider (faites une liste d'au moins 5 éléments) :
***Peut-on traiter ce patient en toute sécurité ?
S'agit-il d'un problème mécanique ?
A quelle stade d'évolution se trouve-t-on (aigu, subaigu...)
Quelle vigueur va pouvoir être mise en place dans les tests et le management ?***

***Une orientation vers un des syndromes est elle possible ?
Faudra t-il effectuer des tests neurologiques ?***

5. Quand est ce qu'il est approprié de faire un examen neurologique ?
Si des parésies et-ou des paresthésies sont présentes dans le membre supérieur, si des symptômes sont présents au delà du coude.

6. Quand vous évaluez la perte de mouvement, faites une liste de 4 types d'information que vous recherchez :
Amplitudes, qualité du mouvement (envie de bouger ou difficultés, réactions antalgiques), déviation pendant le mouvement, qualité et rapidité de l'inversion de courbure (présence d'arcs douloureux).

7. Lors des tests des mouvements répétés, faites une liste de 4 éléments importants que vous devez avoir en tête lors de cet examen :
Marqueurs initiaux
Réponse pendant les tests (symptomatique et mécanique)
Réponse après les tests
Le patient doit s'efforcer de faire des mouvements en nombre et en amplitude suffisante (fin d'amplitude autant que possible) pour que les tests soient valides.

8. Quels sont les diagnostics provisoires possibles à la fin d'un d'une évaluation McKenzie ?
Dérangement, dysfonction, postural ou autre

9. Quelles stratégies pouvez vous envisager quand à l'issue du premier examen le résultat n'est pas mécaniquement concluant ?
Proposer une direction d'exercices sur la base de l'interrogatoire (contraintes habituelles et mécanisme déclencheur, section mieux-empiré, traitements déjà reçus), les pertes d'amplitudes ou ce que le patient n'a jamais essayé en terme d'exercices.

Termes utilisés pour décrire la réponse symptomatique :

Termes utilisés **pendant le test** – pour des mouvements répétés ou pour des tests statiques

- __augmenté__ Les symptômes déjà présents sont majorés
- __diminué__ Les symptômes déjà présents réduisent en intensité
- __produit__ Des symptômes qui n'étaient pas présents au repos apparaissent pendant le test.
- __aboli__ Les symptômes présents en position neutre disparaissent pendant le test.
- __centralise__ Pendant le test, la douleur la plus distale se rapproche de la racine du membre ou de la ligne médiane.
- __périphérise__ Pendant le test, la douleur devient plus distale ou s'éloigne de la ligne médiane
- __sans effet__ Le test n'affecte pas les symptômes.

Termes utilisés **Après le test** – pour des mouvements répétés ou pour des tests statiques

- __empiré__ Les symptômes produits ou augmentés pendant le test restent présent ou plus intenses au retour en position neutre.
- __pas empiré__ Les symptômes produits ou augmentés pendant le test ne restent pas présents ou plus intenses au retour en position neutre.
- __mieux__ Les symptômes diminués ou abolis pendant le test restent moins marqués au retour en position neutre. Les symptômes produits ou augmentés pendant le test diminuent avec la répétition et restent améliorés au retour en position neutre.
- __pas mieux__ Les symptômes diminués ou abolis pendant le test reviennent à la même intensité et à la même localisation au retour en position neutre.
- __centralisé__ Les symptômes les plus distaux ou les plus latéraux qui étaient abolis pendant le test, restent absent au retour en position neutre.

___périphérise___ Les symptômes les plus distaux ou les plus latéraux qui étaient produits pendant le test, restent identiques au retour en position neutre

___sans effet___ Le test n'affecte pas les symptômes en position neutre.

DOCUMENTER L'EVALUATION MECANIQUE DYNAMIQUE

LES 7 MOTS CLES UTILISES POUR DECRIRE L'EFFET SUR LES SYMPTOMES PENDANT LE TEST

<u>MOTS CLES</u>	<u>SYNDROME POSTURAL</u>	<u>SYNDROME DE DYSFONCTION</u>	<u>SYNDROME DE DERANGEMENT</u>
PRODUIT		X	X
AUGMENTE			X
DIMINUE			X
ABOLI			X
CENTRALISE			X
PERIPHERISE			X
SANS EFFET	X		X

LES 7 MOTS CLES UTILISES POUR DECRIRE LE COMPORTEMENT DES SYMPTOMES APRES LE TEST

MIEUX			<u>X</u>
EMPIRE			X
PAS MIEUX			X
PAS EMPIRE		X	X
SANS EFFET	X		X
CENTRALISE			X
PERIPHERISE			X

Remplissez la section Mieux/Empiré pour les diagnostics mécaniques suivants :

1. Syndrome postural

Empiré: penché **assis longtemps** tourner allongé / se relever
 matin / **en cours de journée** / soir **au repos assis**/ en mouvement
 autre_____

Mieux: penché assis tourner allongé / **se relever**
 matin / en cours de journée / soir au repos / **en mouvement**
 autre__**changements de position**_____

2. Dysfonction de la rotation droite

Empiré: penché assis **tourner à droite** allongé / se relever
 matin / en cours de journée / soir au repos / en mouvement
 autre_____

Mieux: penché assis tourner allongé / se relever
 matin / **en cours de journée** / soir au repos / **en mouvement**
 autre_____

3. Déranagement postérieur - Centrale, symétrique

Empiré: **penché** **assis** tourner allongé / **se relever**
 matin / en cours de journée / **soir** au repos / en mouvement
 autre_____

Mieux: penché assis tourner **allongé** / se relever
 matin / **en cours de journée** / soir au repos / **en mouvement**
 autre_____

MODULE CINQ

EVALUATION DE LA PRESENTATION CLINIQUE

QUESTIONNAIRE

Trouvez les termes correspondant à la réponse symptomatique décrite :

Termes utilisés **pendant le test** – Que ce soit les mouvements répétés ou un test statique

- augmente Les symptômes déjà présent au repos sont majorés.
- diminue Les symptômes déjà présent au repos réduise d'intensité
- produit Une douleur apparaît pendant le test, laquelle n'était pas présente en position neutre.
- aboli Pendant le test, la douleur présente en position neutre disparaît.
- centralise Pendant le test, la douleur la plus distale se rapproche de la racine du membre ou de la ligne médiane.
- périphérise Le mouvement déplace la douleur distalement.
- sans effet Le test mécanique n'affecte pas du tout les symptômes.

Termes utilisés **après le test** – Que ce soit les mouvements répétés ou un test statique

- empiré Les symptômes produits ou augmentés pendant le mouvement restent aggravés au retour en position neutre
- pas empiré Les symptômes produits ou augmentés pendant le mouvement reviennent à leur statut antérieur au retour en position neutre.
- mieux Les symptômes diminués ou abolis pendant le test restent améliorés au retour en position neutre. Les symptômes produits ou augmentés pendant le test diminuent avec la répétition, et restent améliorés après la fin du test.
- pas mieux Les symptômes diminués ou abolis pendant le test sont à nouveau aussi intense qu'avant le test au retour en position neutre.
- centralisé Les symptômes distaux abolis pendant le test restent abolis au retour en position neutre.

- ____periphérisé__ Les symptômes distaux produits pendant le test persistent au retour en position neutre.
- ____sans effet__ Le test effectué n'a pas produit ou modifié les symptômes pendant le test, et symptômes restent inchangés au retour en position neutre.

DOCUMENTER L'ÉVALUATION MÉCANIQUE DYNAMIQUE**LES 7 MOTS CLÉS UTILISÉS POUR DÉCRIRE LE COMPORTEMENT DES SYMPTÔMES PENDANT LE TEST**

<u>MOTS CLÉS</u>	<u>SYNDROME POSTURAL</u>	<u>SYNDROME DE DYSFONCTION</u>	<u>SYNDROME DE DERANGEMENT</u>
PRODUIT		X	X
AUGMENTÉ			X
DIMINUÉ			X
ABOLI			X
CENTRALISE			X
PERIPHERISE			X
SANS EFFET	X		X

LES 7 MOTS CLÉS UTILISÉS POUR DÉCRIRE LE COMPORTEMENT DES SYMPTÔMES APRÈS LE TEST

MIEUX			<u>X</u>
EMPIRE			X
PAS MIEUX			X
PAS EMPIRÉ		X	X
SANS EFFET	X		X
CENTRALISÉ			X
PERIPHERISÉ			X

Remplissez le tableau suivant :

SYNDROME MECANIQUE	EFFET DES PROTRUSION / FLEXION RÉPÉTÉES	EFFET DES RÉTRACTION / EXTENSION
Dérangement postérieur Colonne cervicale inf	P , Aug, périphérie, E	A, dim, centralise, M
Dérangement antérieur Colonne cervicale inf	A, dim, centralise, M	P , Aug, périphérie, E
Dysfonction de la flexion	P PE	SE
Racine nerveuse adhérente	P PE (si membre supérieur en abd, RE, extension de coude) quelque part sur le trajet du nerf	SE
Dysfonction de l'extension	SE	P PE
Syndrome postural	SE	SE

MODULE SIX

Technique de la thérapie mécanique - Théorie

QUESTIONNAIRE

1. Discutez du facteur de sécurité qui est inhérent à l'utilisation de la progression des forces telle que le préconise McKenzie.
Les répétitions à un niveau de force donné permettent de tester l'intégrité des structures rachidiennes avant de passer à un niveau de force plus élevé, ceci constitue un excellent élément de sécurité.
2. Décrivez les possibilités de forces alternatives qui peuvent être utilisées avec un patient souffrant de douleurs cervicales, et expliquez quels pourraient être les indicateurs cliniques qui vous inciteraient à y avoir recours.
Modification de la position de départ : en charge ou en décharge (ex : si trop douloureux en charge), facteur temps: travail en statique plutôt que dynamique (ex : réponse lente ou avec un dérangement très intermittent), patient qui signale être toujours pire au repos et mieux en mouvement), modification du plan de travail si réponse peu claire, exploration de la composante latérale (inclinaison latérale ou rotation en fonction de la meilleure réponse symptomatique.)
3. Discutez de la différence entre les techniques d'auto-traitement et les techniques passives effectuées par le clinicien.
Techniques passives : le patient n'est plus l'acteur principal de son traitement, il en perd le contrôle, ces techniques, qui délivrent plus de force dans la progression décrite par McKenzie, ne sont utilisées que lorsque l'autotraitement ne permet plus de progresser (et dans l'objectif de revenir à des auto-techniques aussi tôt que possible).
4. Discutez du rôle et de l'effet respectif des techniques d'auto-traitement et des techniques passives effectuées par le clinicien dans le cadre du management de chacun des trois syndromes.
Dans le syndrome postural, les techniques passives ne sont d'aucun secours. Le patient doit prendre conscience de la cause de son problème et apporter les modifications posturales appropriées.
Dans le syndrome de dysfonction, seul le patient est capable de produire des forces en nombre et en fréquence suffisants pour remodeler en profondeur les structures rétractées. Les techniques passives pourront cependant être utilisées ponctuellement pour majorer les étirements.
Dans le syndrome de dérangement les techniques d'autotraitement prévalent également pour ne pas compromettre les capacités d'auto prise en charge nécessaires pour le maintien de la réduction et la prévention des récurrences. Les techniques passives seront utilisées en plus des techniques du patient (ceci représente environ 30% des patients) pour permettre d'atteindre la réduction complète, uniquement lorsque c'est nécessaire.

5. A partir de l'étude de cas fournie en fin de manuel, discutez des forces alternatives et des progressions des forces utilisées pour évaluer et traiter ce patient.

J1 : correction posturale, rétraction puis rétraction avec surpression du patient en position assise.

J2 : Aggravation des symptômes avec les techniques en position assise (rétraction avec surpression du patient, rétraction et extension, rétraction avec surpression du thérapeute), on passe alors à rétraction avec surpression du thérapeute en décharge ce qui permet de revenir ensuite aux techniques en charge (assises) : rétraction avec surpression du thérapeute puis rétraction et extension assise (avec contre appui effectué avec les mains sur la colonne pour faciliter le mouvement initialement) Le mouvement de rétraction et extension devient alors de plus en plus facile et bénéfique.

J3 : rétraction et extension avec surpression du patient (rotations).

MODULE SEPT

TECHNIQUE DE THERAPIE MECANIQUE – PRATIQUE

QUESTIONNAIRE

Quel syndrome / pathologie peut être traité avec les techniques cervicales suivantes ?

1. Rétraction en décubitus
Der. Post de la colonne cervicale inf.
Der. Ant de la colonne cervicale sup.
Dysfonction de l'extension de la colonne cervicale inf.
Dysfonction de la flexion de la colonne cervicale sup.
Céphalées cervicogéniques
2. Flexion en position assise
Der ant , dysfonction de la flexion, récupération de la fonction der post cervical inf., Adhérence de racine à un stade initial (test de stabilité d'un éventuel dérangement)
3. Maintien statique en rétraction en position assise
Céphalées cervicogéniques : technique principale
Der. Post de la colonne cervicale inf.
Der. Ant de la colonne cervicale sup.
4. Rétraction extension en position assise
Der post cervical inf
Dysfonction de l'extension cervicale inf
5. Rétraction extension avec rotations et tractions du clinicien en décubitus
Der post cervical inf aigu ou difficiles à réduire en charge
6. Inclinaison latérale en position assise
Der postéro-latéraux (composante latérale présente)
Dysfonction de l'inclinaison latérale
7. Rotation en décubitus avec surpression du clinicien
Der avec composante latérale rebelle en position assise (et en progression des forces)
8. Mobilisations en rétraction
Mêmes indications que les techniques précédentes de rétraction (mais celles-ci ont généré des forces insuffisantes, notamment pour récupérer une amplitude complète de rétraction et améliorer les symptômes)
9. Correction posturale : avachi-hypercorrigé
Education posturale du patient (utilisée dans les trois syndromes) Permet également un début de renforcement des érecteurs du rachis.

MODULE HUIT

MANAGEMENT DU SYNDROME DE DERANGEMENT

QUESTIONNAIRE

Répondez aux questions suivantes:

1. Quels sont les stades du management pour le syndrome de dérangement ?
Réduction- maintien de la réduction- récupération de la fonction- prophylaxie et prévention des récurrences
2. Pourquoi le management du dérangement mineur dans la colonne cervicale est-il souvent infructueux ? Donnez au moins trois raisons.
Mouvements pas assez en fin d'amplitude- pas assez de repetitions- pas assez de force
3. Quand serait-il nécessaire de mettre en place des techniques du thérapeute le premier jour avec un dérangement cervical ?
Lorsque les forces exercées par le patient produisent des feux orange (diminué pas mieux ou augmenté pas empiré)
4. Quelles techniques du thérapeute utiliserez vous dans le management d'un patient avec un dérangement avec des symptômes asymétriques jusqu'au coude ?
Progression des forces dans le plan sagittal initialement puis exploration de la composante latérale si nécessaire (forces générées par le patient puis par le thérapeute, en inclinaison latérale et-ou en rotation).

-
5. Quels mouvements sont typiquement utilisés au stade de la récupération de la fonction dans le management des dérangements cervicaux
Surtout la flexion, également rotation et inclinaison latérale si nécessaire
6. Quelles instructions de sécurité donnez vous à vos patients quand ils commencent la récupération de la fonction
Commencer les nouveaux exercices moins fréquemment et avec moins de répétitions, les exercices en flexion doivent être évités durant les premières heures du matin, toujours finir avec une série de mouvements en rétraction-extension. La direction de mouvement dans laquelle on avait réduit le dérangement doit rester complète et indolore
7. Un patient a une déformation en inclinaison latérale à gauche. De quel côté les symptômes ont-ils plus de chances de se trouver ? Quelles techniques de traitement utiliseriez vous typiquement pour ce patient?
***Les symptômes sont vraisemblablement controlatéraux (à droite)
Techniques à utiliser ; inclinaison latérale (ou rotation) en décubitus, inclinaison latérale (ou rotation) en décubitus avec surpression du thérapeute, mobilisation en inclinaison latérale (ou rotation) en décubitus.***

MODULE NEUF

Management du Syndrome de Dysfonction

QUESTIONNAIRE

1. Quelles sont les causes du développement du syndrome de dysfonction?

- ***Insuffisance de contraintes/ mouvements dans une direction de mouvement***

- ***Négligence posturale***

- ***Séquelles de dérangement***

2. Faire une liste des indicateurs dans l'examen subjectif qui font suspecter la présence d'une dysfonction.

Symptômes locaux, présents depuis au moins 6 à 8 semaines, ne variant pas. Symptômes intermittents, reproduits de manière stéréotypée en fin d'amplitude dans une direction donnée, qui disparaissent au retour en position neutre.

Les mêmes mouvements produisent toujours cette même douleur.

Le patient rapporte des antécédents de traumatisme ou de modifications dégénératives depuis des années.

3. Qu'est ce qui est nécessaire pour le management efficace d'un syndrome de dysfonction?

- Les mouvements doivent reproduire la douleur sans l'empirer

- Cette douleur doit disparaître dans les dix minutes qui suivent les exercices

- Les exercices doivent être effectués régulièrement (au moins 4 à 5 séries par jour) et en quantité suffisante (10 à 15 répétitions).

4. Diagnostic différentiel d'une adhérence de la racine nerveuse en utilisant les mouvements répétés.

	DERANGEMENT symptômes unilatéraux sous le coude	RACINE NERVEUSE ADHERENTE
Flexion répétée	Augmenté E	SE
retraction/ extension répétée	Diminué PM	SE
Inclinaison latérale répétée, vers la douleur	Diminué, centralise ; M	SE
Inclinaison latérale répétée, opposée à la douleur	Augmenté E	P PE

MODULE DIX

MANAGEMENT DU SYNDROME POSTURAL

QUESTIONNAIRE

Elaborer un programme de management type pour un patient avec un syndrome postural.
Décrire l'information et les instructions que vous allez fournir au patient.

- éducation sur l'association entre la posture et la douleur;

Donner l'analogie du doigt retourné et les explications sur la nécessité de ne jamais rester dans des positions de fin d'amplitude prolongées pour que le problème puisse évoluer favorablement

- correction de la posture

Manoeuvre avachi-hyper corrigé ; le patient doit pouvoir atteindre la posture corrigée et savoir la maintenir (utilisation si nécessaire d'un cousin lombaire).

- et éviter les postures aggravantes.

Interruption fréquente des postures à risque, contraster les postures fréquemment adaptation du plan de travail, utilisation éventuelle de strapping de rappel

MODULE ONZE

REEVALUATION

QUESTIONNAIRE

1. Quel est le but premier de la réévaluation du patient ?
S'assurer que le diagnostic mécanique provisoire de la première séance est correct

2. Lors de la réévaluation votre patient déclare qu'il/elle est pire ou inchangée. Quelles questions posez vous alors ?
Avez vous effectué les exercices comme prescrit ? (nombre, fréquence, correction posturale réalisée ? Montrer comment l'exercice a été effectué : qualité technique)
Que signifie pire (réellement pire ? peut-être nouvelles douleurs, courbatures, centralisation)
Comment étiez vous après chaque série d'exercices à la maison ?

3. En réévaluant votre patient, quels aspects de l'examen subjectif et de l'examen objectif utilisez vous pour établir les changements dans les symptômes du patient
Marqueurs subjectifs : symptômes (douleurs et autres symptômes signalés), incapacités fonctionnelles, qualité du sommeil (du réveil), niveau de médication.
Marqueurs objectifs : posture assise, signes neurologiques, pertes d'amplitude, le "test du patient", douleur provoquée par un mouvement spécifique.

4. D'après la réévaluation décrire comment vous agiriez si le patient rapporte qu'il/elle est :

Mieux: continuer le programme d'exercices commencé

Pire: réévaluation de ce que signifie pire, puis réévaluation des marqueurs initiaux, de la présentation symptomatique et mécanique du jour puis nouvelle exploration mécanique pour aboutir à un (nouveau) diagnostic mécanique et plan de traitement.

Inchangé: comme ci-dessus

5. Quels patients vous attendriez vous à voir répondre rapidement, lentement ou pas du tout ?

Rapidement : dérangement réductible , postural

Lentement : dysfonction

Pas du tout : dérangement irréductible

6. Décrire deux facteurs de pronostic utilisés dans la méthode McKenzie.

La participation du patient

La centralisation /périphérisation des symptômes

MODULE DOUZE

RECURRENCES ET PROPHYLAXIE

QUESTIONNAIRE

1. Expliquez les différences dans un programme prophylactique typique pour chacun des trois syndromes.
Dérangement : continuer à pratiquer l'exercice que a réduit le dérangement pendant 6 semaines, veiller à conserver une bonne posture, éviter les contraintes excessives et les postures aggravantes, garder ou acquérir une bonne forme physique.
Dysfonction : conserver une amplitude complète dans la direction dysfonctionnelle (et toutes les autres directions), corriger la posture autant que possible et garder une bonne forme physique.
Postural : correction de la posture, interruption des postures aggravantes et maintenir une bonne forme physique.

2. Pour l'étude de cas suivante élaborer un programme prophylactique approprié.
L'instructeur fournit une étude de cas aux participants

MODULE TREIZE

CEPHALEES D'ORIGINE CERVICALE

QUESTIONNAIRE

1. Décrire à quel moment dans le formulaire d'évaluation McKenzie cervical le thérapeute aura des indicateurs pour déterminer que la céphalée du patient est d'origine mécanique ?
Lorsque la céphalée est influencée par les mouvements/ positions/ postures de la colonne cervicale

2. Discuter des différences entre les caractéristiques cliniques des céphalées provenant des trois syndromes McKenzie.
Dérangement : présentation typique : perte d'amplitude, symptômes abolis aux mouvements répétés. Ou présentation atypique spécifique aux céphalées cervicogéniques: pas de perte d'amplitude, meilleure réponse aux postures, symptômes affectés par la fin d'amplitude mais pas toujours par le mouvement.
Nécessité fréquente de maintenir une posture correcte plusieurs semaines pour que les symptômes disparaissent.
Dysfonction : céphalée produite par la fin d'amplitude (sans ou avec surpression). Les symptômes cèdent quand la fin d'amplitude est relâchée.

Forces réductrices les plus courantes pour dérangement et dysfonction : flexion colonne cervicale supérieure et rotation.

3. Discuter des éléments clé du management des céphalées relatives à un dérangement de la colonne cervicale supérieure
Le plus fréquent : dérangement antérieur de la colonne cervicale sup.
Forces réductrices : flexion cervicale sup. (rétraction ou flexion)
Moins fréquent : dérangement postérieur de la colonne cervicale sup.
Forces réductrices : extension cervicale sup. (protrusion ou extension)
Dans tous les cas on privilégie les forces statiques : techniques maintenues jusqu'à trois minutes.

4. Décrire la progression des forces qui peut être nécessaire dans le management de céphalées relatives à un dérangement de la colonne cervicale supérieure.
Der ant : rétraction, rétraction avec surpression (patient puis thérapeute), flexion, rétraction et flexion cervicale sup, rotation, flexion avec rotation combinée.
Der post : protrusion, extension, protrusion et extension combinées, rotation, rotation et extension combinées.

MODULE QUATORZE

TRAUMATISMES DE LA COLONNE CERVICALE

QUESTIONNAIRE

1. Quels sont les facteurs de pronostic associés à de mauvais résultats thérapeutiques avec ces pathologies
Douleur initiale modérée à sévère
Douleur dans le membre supérieur
Paresthésies
Céphalées
Age avancé

2. Quelles précautions devraient être prises avant de commencer le traitement d'un patient qui a subi une blessure cervicale dans un accident de véhicule à moteur ?
Il est prudent de demander un bilan d'imagerie si cela n'a pas été fait

3. Comment votre management sera-t-il influencé chez un patient qui présente un traumatisme de la colonne cervicale ?
Le management est déterminé par le stade de guérison des tissus.
Première semaine : repos-élévation, contractions statiques éventuellement, éducation sur le rôle du mouvement pendant le processus de guérison, correction de la posture.
Deuxième à quatrième semaine : mobilisations infra-douloureuses toutes les deux heures en augmentant progressivement les amplitudes dans toutes les directions (l'une après l'autre au fil des jours).
A partir de la cinquième semaine : récupération des amplitudes complètes, on peut aller dans la douleur (produit-pas empiré), prévention des rétractions.

MODULE QUINZE

COLONNE THORACIQUE

QUESTIONNAIRE

1. Expliquez comment vous détermineriez si une douleur scapulaire droite provient de la colonne thoracique ou de la colonne cervicale.
Si la douleur est située au dessus du niveau D7 (bord inférieur de l'omoplate) elle peut être d'origine cervicale ; on fera donc les tests de différenciation cervicaux pendant l'examen du patient, avant les mouvements répétés thoraciques, pour évaluer la réponse symptomatique et mécanique de cette douleur thoracique aux mouvements répétés de la colonne cervicale.
2. La différenciation entre une douleur thoracique d'origine viscérale ou d'origine musculo-squelettique est souvent nécessaire. Citez les causes courantes de douleurs thoraciques d'origine viscérale et les éléments d'information obtenus dans l'interrogatoire du patient qui peuvent vous aider à déterminer la cause de la douleur.
Causes fréquentes : cœur-poumon. Autres viscères-organes pouvant éventuellement irradier des douleurs vers le thorax.
Éléments de l'interrogatoire : Pas de facteur déclenchant mécanique.
Douleur constante, pire la nuit (surtout deuxième partie), douleur qui ne suit aucun rythme mécanique (non influencée par mouvements, postures), état général et antécédents du patient (drapeaux rouges éventuels).
3. Expliquez les autres causes courantes de douleurs musculo – squelettiques dans la colonne thoracique et le rôle du traitement mécanique.
Causes mécaniques classifiables dans les trois syndromes McKenzie (Dérangement : réduction ; dysfonction : remodelage, postural :éducation).
Autres causes : ostéoporose, spondylarthrite ankylosante, maladie de Scheuermann, stades de douleurs chroniques.

