



# INSTITUT McKENZIE INTERNATIONAL FORMULAIRE D'EVALUATION LOMBAIRE

Date 14/08/12

Nom \_\_\_\_\_ Sexe : M / F

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Né le \_\_\_\_\_ Age 25

Prescripteur: généraliste

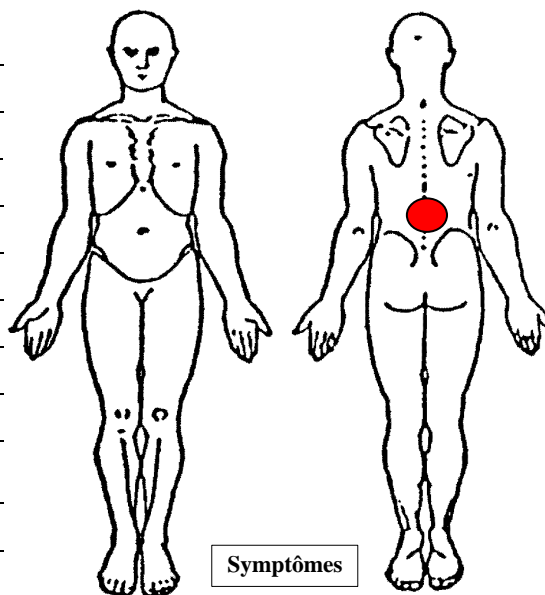
Travail: contraintes mécaniques épicerie : Contrôleur

Loisirs: Contraintes mécaniques \_\_\_\_\_

Limitations fonctionnelles pour cet épisode Debout, se pencher, soulever

Niveau d'invalidité (score) \_\_\_\_\_

EVA (0-10) \_\_\_\_\_



## INTERROGATOIRE

Symptômes actuels Lombaire haute uniquement

Présents depuis \_\_\_\_\_ s'améliore/stationnaire/se détériore

Facteur déclenchant \_\_\_\_\_ ou sans raison apparentes

Symptômes initiaux: lbr / cuisse / jbe \_\_\_\_\_

Symptômes Const: lbr / cuisse / jbe \_\_\_\_\_ symptôme intermittents: lbr / cuisse / jbe \_\_\_\_\_

Empiré Se pencher Assis / Se lever Debout Marcher Allongé dos  
Matin / En cours de journée / Soir Immobile / En mouvement

Autre \_\_\_\_\_

Mieux Se pencher Assis Debout Marcher Allongé  
Matin / En cours de journée / Soir Immobile / En mouvement

Autre \_\_\_\_\_

Sommeil perturbé Oui / Non \_\_\_\_\_ Position: déçu / procu / latéro D / G Lingerie: dure / moyenne / molle

Episodes antérieurs 0 1-5 6-10 11+ \_\_\_\_\_ Année du 1er épisode \_\_\_\_\_

Antécédents: 7 ans d'histoire de douleur Centrale lombaire basse 5-6 X par jour,  
pas présent actuellement

Traitements à ce jour: aucun

## QUESTIONS SPECIFIQUES

Toux / Eternuement/ Effort: oui / non Vessie: normale / anormale Marche: normale / anormale

Médicaments: aucuns / AINS / analg / corticoïdes / anticoag / autre \_\_\_\_\_

Santé grl: Bonne / Passable / Mauvaise \_\_\_\_\_

Imagerie: oui / non \_\_\_\_\_

Chirurgie récente ou majeure : oui / non \_\_\_\_\_ Douleur Noct: oui / non \_\_\_\_\_

Accidents: oui / non \_\_\_\_\_ Perte de poids inexpliquée : oui / non \_\_\_\_\_

Autre: \_\_\_\_\_

## EXAMEN

### POSTURE

Assis: *bonne* / pass / *mauv*    Debout: bonne / *pass* / *mauv*    Lordose: *réd* / acc / *normale*    Shift Latéral: *G / D* / Aucun  
 Correction Posturale: *mieux* / empiré / *ss effet*    Pertinent: *oui* / *non*  
 autres observations: \_\_\_\_\_

### EXAMEN NEUROLOGIQUE

Déficit Moteur \_\_\_\_\_ Réflexes \_\_\_\_\_  
 Déficit Sensitif \_\_\_\_\_ Neuro-Méningé \_\_\_\_\_

### PERTE DE MOUVEMENT

	Maj	Mod	Min	Nulle	Douleur
Flexion	<b>x</b>				<b>Augmente * déviation vers la gauche</b>
Extension			<b>x</b>		<b>Augmente **</b>
Glissement lat D			<b>x</b>		
Glissement lat G				<b>x</b>	

### MOUVTS TESTS

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

Symptômes pdt le test		Symptômes après le test	Réponse mécanique		
			↑ampl	↓ampl	ss effet
<b>Symptômes avant tests dbt: EVA 0</b>					
FI dbt	<b>Produit / lombaire D</b>				
Rep FI dbt	<b>10 Rep / Produit / lombaire D</b>	<b>Pas Empiré</b>			<b>x</b>
Ext dbt	<b>Produit / lombaire D</b>				
Rep Ext dbt	<b>10 Rep / Produit / lombaire D</b>	<b>Empiré</b>			<b>x</b>
<b>Symptômes avant tests allongés:</b>					
FED	<b>Produit / lombaire D</b>	<b>Pas Empiré</b>			
Rep FED	<b>10 Rep / Produit / lombaire D</b>				
EEP					
Rep EEP	<b>Voir feuille ci-jointe pour des tests supplémentaires</b>				
<b>Si nécessaire symptômes avant tests:</b>					
gliss lat D					
Rep gliss lat D					
gliss lat G					
Rep gliss lat G					

### TESTS STATIQUES

Assis en cyphose \_\_\_\_\_ Assis redressé \_\_\_\_\_  
 Dbt relaché \_\_\_\_\_ Dbt redressé \_\_\_\_\_  
 En procu sur les coudes \_\_\_\_\_ Assis MI ext \_\_\_\_\_

### Autres Tests

### CLASSIFICATION PROVISoire

Dérangement                      Dysfonction                      Postural                      Autre  
 Sous-classification \_\_\_\_\_

### PRINCIPES DE MANAGEMENT

Education \_\_\_\_\_ Aide ergonomique \_\_\_\_\_  
 Thérapie mécanique : *Oui / Non*                      Principe d'extension : \_\_\_\_\_  
 Principe latéral \_\_\_\_\_ Principe de flexion : **Rep FED X 15 toutes les 2 heures**  
 Autres \_\_\_\_\_  
 Buts du traitement: \_\_\_\_\_

4. Sustained Extension: Produces R back, Worse – Decrease FIS ROM
5. RFIL with Clinician O/P: Produces back R NW – Increase FIS ROM, NE EIS
6. RFIStep Standing: NE – Increase FIS ROM, NE EIS ROM or FIS pain
7. RFIL: Produces back R, NW

4. Posture en Extension : Produit lombaire D, Empiré - Diminution amplitude FI dbt
5. Rep FED avec Suppression du praticien : Produit lombaire D PE - Augmente l'amplitude de FI dbt, SE Ext dbt
6. Rep FUD : SE - Augmente l'amplitude de FI dbt, SE amplitude Ext dbt ou douleur FI dbt
7. Rep FED : Produit lombaire D, PE

---

## CASE REVIEW: A CLINICIAN'S PERSPECTIVE

### Lessons from Live Patient Demonstrations

#### EXAMEN de CAS : LA PERSPECTIVE D'UN PRATICIEN

##### Les leçons de démonstrations d'un vrai patient

*Scott Herbowy, PT, Dip. MDT*

A recent patient on a Part C course presented with an excellent opportunity to reinforce MDT principles as well as lending insight into what is really most important from the patient's perspective.

Récemment lors d'un cours de partie C, un patient présentait une excellente occasion de renforcer les principes MDT, ainsi qu'un aperçu des points fort de ce qui est vraiment le plus important du point de vue du patient.

A review of the history for "Mary", a 25 year old store clerk, shows central/right sided upper lumbar pain of eight weeks duration. Symptoms are intermittent, worsening over time and commenced for no apparent reason. There is no referral of symptoms. She reports worsening with bending, walking and lying supine. However, she can get pain relief in lying if she places a pillow under her lumbar spine and supports her lordosis. She also gets relief with sitting and reported no other pain relieving position or activities. There is no indication of any red flags. From the history, the suspicion was a strong possibility of an anterior derangement. The demographics were supportive, but the greatest clue was the need to support the lumbar lordosis with a pillow.

Un examen de l'histoire de "Mary", une employée de magasin de 25 ans, présente une douleur centrale / droite lombaire supérieure depuis huit semaines. Les symptômes sont intermittents, aggravés au fil du temps et ont commencé sans raison apparente. Il n'y a pas de symptômes référés (douleurs projetées). Elle signale être aggravée en flexion, à la marche et en position couchée. Toutefois, elle peut obtenir un soulagement de la douleur en se couchant, si elle met un coussin sous sa colonne vertébrale lombaire pour supporter sa lordose. Elle obtient également un soulagement assise et n'a signalé aucune autre position ou activité qui soulagent sa douleur. Il n'y a aucune indication de drapeaux rouges. D'après son histoire, l'hypothèse était d'une forte probabilité de dérangement antérieur. Les données démographiques sont favorables, mais le point clef était la nécessité de soutenir la lordose lombaire avec un coussin.

**Day One:** The examination showed good sitting posture and an accentuated lordosis in standing. Bringing her into more lordosis in sitting increased the pain. Movement loss showed a major loss of flexion with deviation to the left. Initially, it appeared that extension was minimally limited, but

retrospectively, she limited extension due to pain. There was no true obstruction. Side glide was minimally limited to the right.

**Premier jour:** L'examen montrait une bonne posture assise et une lordose accentuée debout. L'augmentation de la lordose en position assise augmentait la douleur. Les pertes de mouvement ont montré une perte importante de la flexion avec déviation vers la gauche. Initialement, il semblait que l'extension était très peu limitée, mais rétrospectivement, elle limitait l'extension en raison de la douleur. Il n'y avait pas de véritable obstruction. Le glissement latéral présentait une limitation minime vers la droite.

At the beginning of repeated movements, she had no pain in standing. RFIS produced back pain, not worse. REIS produced back pain, worse. In lying, she had no pain and RFIL produced back pain, not worse. Adding clinician overpressure to FIL relieved any pain that was produced with patient generated forces only. Following the RFIL, she did have a gain in FIS ROM, but the pain remained unchanged. At that point, in order to confirm an anterior derangement, we sustained her in extension for -three minutes.

Au début des mouvements répétés, elle n'avait aucune douleur debout. La Rep FI dbt (RFIS) produisait une douleur au dos, pas empiré. La Rep Ext dbt (REIS) produisait la douleur lombaire, empiré. Couchée, elle n'avait pas de douleur et la Rep FED (RFIL) produisait la douleur lombaire, pas empirée (PE). L'ajout de surpressions du clinicien à la FED soulageait la douleur qui était produite avec les forces générées par le patient. Après la Rep FED, elle avait un gain d'amplitude de la FI Dbt, mais la douleur est restée inchangée. À ce moment là, afin de confirmer un dérangement antérieur, nous l'avons placée en extension maintenue durant trois minutes.

This markedly worsened her symptoms and obstructed her FIS. We returned to RFIL and this again produced back pain, NW however, now adding clinician overpressure made no difference. RFIL with or without overpressure both produced back pain, NW. Repeated Flexion in Step Standing had no symptomatic effect, but did increase FIS ROM more so than RFIL. The decision was made to have the patient begin RFIL x 10-15/hour.

Cela a nettement aggravé ses symptômes et obstrué la FI Dbt. Nous sommes retournés à la Rep FED et cela a produit à nouveau la douleur, toutefois PE, et en ajoutant maintenant une surpression du clinicien cela n'a fait aucune différence. La rep FED avec ou sans surpression a produit la douleur au dos, PE. La répétition des Flexions unilatérales debout (FUD) n'ont eu aucun effet sur les symptômes, mais a augmenté l'amplitude de la Flex Dbt, plus que la Rep FED. La décision a été prise que le patient commence par Rep FED (RFIL) x 10-15/heure.

The discussion from the class was focused on the increase FIS ROM after RFIL or Flexion Step Standing. What few appreciated was that no true directional preference was established. We had been unable to change her pain at all.

La discussion de la classe a été axée sur l'augmentation de l'amplitude de la Flex Dbt après la Rep FED ou de la FUD. Ce qui a été peu apprécié, c'est de ne pas avoir établi de véritable préférence directionnelle. Nous avons été incapables de changer sa douleur.

**Day Two:** The patient reported full compliance performing RFIL every hour, and despite this, there was no overall change. Pain was still right upper lumbar. Movement loss baselines were the same, pain response to loading was unchanged. Her exercise technique was good. We again examined RFIL and RFlex in Step Standing, and the results were the same as day one - no change in pain and a small increase in ROM. Based on the improved ROM after Flexion in Step Standing and the large deviation in FIS, we examined lateral forces, specifically Rotation in

Flexion and SGIS. Unfortunately, yet predictably, neither had any effect, as there was no directional preference. Rotation in Flexion was progressed to an end range mobilization without change.

**Deuxième jour:** La patiente a signalé avoir strictement respecté la Rep FED chaque heure, et malgré cela, il n'y avait pas de changement global. La douleur était toujours à la partie supérieure droite lombaire. Les pertes de mouvement étaient les mêmes, la réponse de la douleur aux contraintes était inchangé. La réalisation des exercices était bonne. Nous avons de nouveau examiné la Rep FED et la Rep FUD, et les résultats étaient les mêmes que le premier jour - pas de changement dans la douleur et une légère augmentation de l'amplitude. Sur la base de l'amélioration de l'amplitude de mouvement après la Flexion unilatérale debout et la grande déviation en Flex Dbt, nous avons examiné les forces latérales, spécifiquement la rotation en flexion et le Glissement latéral debout. Malheureusement, comme prévisible, il n'y eu aucun effet, car il n'y avait pas de préférence directionnelle. Le niveau de force de la Rotation en flexion était progressé vers une mobilisation de fin d'amplitude, sans changement.

On closer inspection of sitting posture, the patient reported pain with end range slouched or erect sitting. In mid range, she was pain free. The patient was able to perform mid range slouch overcorrect pain free. The patient was instructed to perform slouch overcorrect as often as possible, but no less than hourly. The thought here was to move the joint as much as possible so as to encourage any type of change in symptomatic response.

En regardant de plus près la position assise, le patient a signalé une douleur en fin d'amplitude avachi ou hyper-corrigé. En milieu d'amplitude, elle était sans douleur. La patiente était en mesure d'effectuer l'avachi/hyper-corrigé en milieu d'amplitude sans douleur. La patiente a été chargée d'effectuer l'avachi/hyper-corrigé aussi souvent que possible, mais au moins toutes les heures. L'idée ici était de bouger l'articulation autant que possible de manière à favoriser tout type de changement de la réponse symptomatique.

**Day Three:** The patient returned and again reported no change. Movement loss assessment was the same as previously noted. FIS and EIS continued to consistently produce the back pain. RFIL and RFlexion in Step Standing increased FIS ROM, but again there was no change in pain. The discussion amongst the course attendees was to pursue flexion as this did improve ROM.

**Troisième jour:** La patiente est revenue et signalé aucun changement. L'évaluation de la perte de mouvement était la même que mentionné précédemment. La Flex Dbt et l'Ext Dbt ont continué à produire systématiquement la douleur de dos. La Rep FED et la Rep FUD ont augmenté l'amplitude de Flex Dbt, mais là encore sans changement de la douleur. La discussion entre les participants du cours était de poursuivre la flexion du fait que cela améliore l'amplitude.

Unfortunately, nothing we did had any benefit to the pain. We could make her worse with extension, but nothing really improved the pain. On day one, most were excited that flexion, especially step standing increased ROM despite no clear directional preference. Certainly we could classify her as a derangement, but lacking directional preference, the prognosis markedly diminishes. The participants, however, were focused on the positive mechanical changes. To put it in the proper perspective, I believe the patient's view was quite telling. When we asked her if she noticed the improvement in ROM she responded, "Yes, I moved better, but so what; I still hurt the same."

Malheureusement, nous n'avons eu aucun avantage sur la douleur. Nous pouvions l'empirer avec l'extension, mais rien n'améliorait vraiment la douleur. Le premier jour, la plupart ont été enthousiaste pour la flexion, en particulier la Flexion Unilatérale Debout malgré l'absence de préférence directionnelle claire. Certes, nous pouvions la classer en dérangement, mais sans préférence directionnelle, le pronostic diminue nettement. Les participants, cependant, se sont

focalisés sur les changements mécaniques positifs. Pour mettre cela dans la bonne perspective, je crois que le point de vue du patient a été très révélateur. Lorsque nous lui avons demandé si elle avait remarqué l'amélioration de l'amplitude elle a répondu: «Oui, j'ai mieux bougé, et alors quoi, j'ai encore la même douleur.»

Over the past ten years instructing the clinical component of the MII Diploma Program, we have seen an ever increasing emphasis by students on mechanical changes often to the detriment of symptoms. This case is a good example of that. The clinicians were excited about the change in ROM, and yet the patient didn't really care. She only knew that she continued to hurt. We often see students in the Diploma Program fail to move a patient enough to fully effect symptoms because they are satisfied and pleased with a rapid movement gain. Centralization and directional preference are proven prognosticators, improvement in ROM is not. The big lesson here is symptoms first!

Au cours des dix dernières années, en enseignant la partie clinique du programme du diplôme MII, nous avons vu un accent de plus en plus fort par les étudiants sur les changements mécaniques, souvent au détriment des symptômes. Ce cas est un bon exemple de cela. Les cliniciens étaient enthousiasmés par le changement d'amplitude, et pourtant la patiente ne s'en souciait pas vraiment. Elle savait seulement qu'elle continuait à avoir mal. Nous voyons souvent dans le programme du diplôme des étudiants ne parvenant pas à faire bouger suffisamment le patient pour influencer pleinement les symptômes parce qu'ils sont satisfaits et heureux avec un gain rapide de mouvement. La centralisation et la préférence directionnelle sont des pronostics éprouvés, l'amélioration de l'amplitude ne l'est pas. La grande leçon à tirer ici c'est, les symptômes d'abord!

The other key point is the power of MDT as predictor. It took many years for me to appreciate the gift that Robin gave us. We can rapidly sort out responders from non responders. While many patients are told it will take a long time to overcome their problem and they are labeled with chronic type diagnoses such as degenerative disc, arthritis, etc., MDT clinicians, in most cases, can predict outcome based on evidence. Good outcomes when classification is achieved and directional preference established; usually bad outcomes when not classifiable or no directional preference can be found. How many other clinicians can confidently say to a patient, "If you do as I ask, there is a 95% probability you will be much better in two weeks?"

L'autre point clé est la puissance de la MDT comme prédicateur. Il m'a fallu de nombreuses années pour apprécier le don que Robin nous a donné. Nous pouvons rapidement trier les répondeurs des non répondeurs. Alors que pour de nombreux patients ont dit qu'il faudra beaucoup de temps pour surmonter leur problème et qu'ils sont étiquetés avec des diagnostics de type chroniques telles que la discopathie dégénérative, l'arthrite, etc, les cliniciens MDT, dans la plupart des cas, peuvent prédire les résultats fondée sur des preuves. De bons résultats lorsque la classification est obtenue et la préférence directionnelle établie; généralement de mauvais résultats lorsque non classifiable ou pas pu trouver de préférence directionnelle. Combien d'autres cliniciens peuvent dire avec certitude à un patient: «Si vous faites ce que je vous demande, il y a une probabilité de 95% que vous soyez beaucoup mieux dans deux semaines?"

The bottom line is although she is classifiable; the lack of directional preference indicates a poor prognosis, which was confirmed with a MDT mechanical examination. Knowing who you cannot help is as important as knowing who you can help, and the course participants appreciated seeing an example of this with this live patient examination.

Finalement elle est bien classifiable; l'absence de préférence directionnelle indique un mauvais pronostic, qui a été confirmé par un examen mécanique MDT. Savoir qui vous ne pouvez pas

aider est aussi important que de savoir qui vous pouvez aider, et les participants au cours ont apprécié de voir un exemple avec cet examen direct du patient.