

Dans ce numéro :

- Commentaire principal : conférence MDT 2013 des Amériques
- Commentaire des invités
- Revue de presse scientifique
- Coin Marketing & Business



COMMENTAIRE PRINCIPAL : CONFÉRENCE MDT 2013 DES AMÉRIQUES

Niché au sein des majestueuses montagnes Rocheuses du Colorado, Denver a accueilli à la fin du mois de juillet la conférence MDT 2013 des Amériques. Plus de 400 participants provenant de 12 pays différents ont pu profiter de deux jours et demi de défis éducatifs et de rencontres sociales autour du thème principal de cette conférence : des résultats optimaux pour les patients par le MDT. La conférence a débuté avec un hommage approprié à Robin McKenzie, accompagné d'un beau diaporama et [des mots poignants de Colin Davies](#), PT, Dip. MDT, Instructeur senior du Canada. Nous sommes heureux de partager avec vous les temps forts de quatre de ces ateliers interactifs. Vous pouvez également voir les photos de cet événement et des précédentes conférences MDT [ici](#) – ainsi qu'un très bon résumé d'un des participants, Allan Besselink, PT, Dip. MDT sur son [blog](#).

Les joies de la flexion lombaire : bien plus que le contraire de l'extension.

Brian McClenahan, PT, Dip. MDT

FLEX...le « mot qui dérange »

Le Diagnostic et Thérapie Mécanique (MDT) est souvent associé à l'extension. Peut-être est-ce en raison du grand nombre de patients qui ont obtenus d'excellents résultats dans une direction autrefois considérée comme taboue. Quelle qu'en soit la raison, il est évident que certains cliniciens MDT peuvent développer un « penchant clinique » pour l'extension. Dans notre effort pour « réparer » tous nos patients présentant un dérangement postérieur, il est possible que nous essayions parfois de faire rentrer un cube dans un trou circulaire. L'évitement par crainte de la part du clinicien peut mener en fin de compte à un mauvais résultat. Les ateliers « Joies de la flexion » ont voulu mettre l'accent sur l'importance de tester la flexion à travers des discussions sur les conditions nécessitant la flexion, des jeux de rôles destinés à défier les algorithmes des tests ainsi que des présentations de variations de techniques de flexion.

Conditions spinales NÉCESSITANT de l'extension :

1. Dérangement postérieur
2. Dysfonction de l'extension

Conditions spinales NÉCESSITANT de la flexion :

1. Dérangement antérieur
2. Dysfonction de la flexion
3. RNA (Racine Nerveuse Adhérente, NdT)
4. Compression radiculaire
5. Sténose symptomatique
6. Spondylolisthésis symptomatique

Bien entendu, de nombreuses autres conditions nécessitent la compression en flexion et ces conditions ne peuvent être identifiées qu'en testant minutieusement cette direction.

Points de discussion et découvertes principales des conditions/situations spinales nécessitant de la flexion :

Dérangement Antérieur

Anamnèse :

- Durée des symptômes : aiguë, subaiguë, chronique
- Localisation : Locale, référée
- Constant/Intermittent
- Empiré: marche, position debout
- Mieux : probablement la position assise

Examen :

- Position assise : passable-bonne
- Perte majeure de flexion
- Peu ou pas de perte d'extension
- Pas de signes de tension neurale ni de déficit neurologique
- Flexion répétée en position allongée, assise et debout : Diminué/Mieux

- Extension répétée en position debout et allongée : SE/Augmenté/Empiré (Une extension maintenue met en évidence un dérangement antérieur)

Dysfonction de la flexion

Anamnèse :

- Durée des symptômes : chronique
- Stationnaire
- Localisation de la douleur : locale
- Intermittente
- Empiré : se pencher, position assise
- Position assise : passable-bonne

Examen :

- Perte de mouvement : flexion ; déviation homolatérale possible
- Flexion répétée en position couchée/debout : P/PE (Produit/Pas Empiré, NdT)
- Extension répétée en position couchée et debout : SE (Sans Effet, NdT), cohérente

RNA

Anamnèse :

- Durée des symptômes : chronique (6-8 semaines)
- Améliorée depuis l'apparition, désormais stationnaire
- Localisation de la douleur : référée, radiculaire, +/- douleur lombaire
- Intermittente
- Empiré : flexion spinale genoux en extension, se pencher, position assis jambes tendues

Examen :

- Perte de flexion lombaire avec déviation homolatérale
- Pas de perte d'extension
- Flexion lombaire répétée en position debout : P/PE
- Flexion lombaire répétée en position couchée : SE
- Flexion lombaire répétée en positions debout et couchée : SE

Prise au piège de la racine

Anamnèse :

- Durée des symptômes : Chronique (>12 semaines)
- Statut : stationnaire
- Localisation de la douleur : référée, radiculaire +/- douleur lombaire
- Douleur constante
- Augmenté Pas Empiré : tous mouvements
- Mieux : rare, peut-être en position assise, couchée (relativement)

Examen :

- Perte de mouvement : la flexion et l'extension sont limitées
- Flexion répétée en position debout : Augmenté/PE * (*augmentation de l'amplitude pas > à 10 min)
- Flexion répétée en position couchée : Augmenté/PE, Diminué/PM, SE
- Extension répétée en positions debout et couchée : Augmenté/PE

Sténose symptomatique

Points Importants :

- Faire la distinction entre les symptômes du membre inférieur et les claudications d'origine vasculaire en définissant clairement l'effet des mouvements/positions lombaires sur les symptômes
- PUIS faire la distinction avec un dérangement lombaire
- NOTE – Un dérangement peut transformer une sténose jusqu'alors asymptomatique en sténose symptomatique
- La réduction du dérangement permet au patient de revenir au stade asymptomatique.
- Il est conseillé aux cliniciens d'utiliser les informations de l'évaluation MDT comme raisonnement principal sur lequel élaborer les décisions du traitement.

Anamnèse :

- Age : 50+

- Douleur : référée, radiculaire +/- douleur lombaire
- Empiré : position debout, marche
- Mieux : Se pencher, position assise, couchée – Couché dos jambes relevées

Examen:

- Position assise : passable/mauvaise
- Position debout : lordose réduite
- Amplitude de mouvement : flexion complète, extension perte modérée/ majeure ; glissements latéraux perte modérés/ majeure
- Signes de tension neurale le plus souvent négatifs
- Mouvements répétés : flexion – diminué/Aboli – PM ; extension – produit/augmenté - PE

Spondylolisthésis symptomatique

Points Important :

- De nombreux patients avec un spondylolisthésis à l'imagerie n'en ressentent pas les symptômes lors des examens mécaniques
- Éléments en faveur d'un disque adjacent responsable de la douleur plutôt qu'un glissement
- Les cliniciens doivent fonder leur traitement sur la réponse mécanique à la contrainte.

Anamnèse

- Durée des symptômes : Aiguë, subaiguë, chronique
- Localisation de la douleur : locale, référée, radiculaire
- Constante/intermittente
- Empiré : marche, position debout
- Mieux : position assise prolongée

Examen

- Position assise : passable/mauvaise
- Extension perte modérée/ majeure
- Peu ou pas de perte de flexion
- Flexion répétée en position couchée, assise, debout : Diminué/Pas Mieux, on peut utiliser MIEUX uniquement en cas de dérangement
- Extension répétée en position debout, couchée : Augmenté/Pas empiré – MAIS n'entraîne pas d'obstruction de la flexion.

Recommandations :

- Grade 1 & 2 – évaluer la préférence directionnelle
- Si présent – RX (radiographie, NdT) spécifique à la direction
- Si la préférence directionnelle est en extension/latérale – traiter comme un dérangement postérieur
- Si la préférence directionnelle est en flexion/flexion asymétrique – traiter comme un dérangement antérieur
- Aucune préférence directionnelle et test spécial + Recommander des exercices de stabilisation et de tonification en position neutre
- Grade 3 et 4 – radiographie en flexion/extension ou distraction/compression.
- En cas d'« instabilité » – stabilisation
- En l'absence d'« instabilité », évaluation de la préférence directionnelle – RX dans la préférence directionnelle

Récupération de la fonction – dérangement postérieur

- Tester la récupération en flexion dès que le patient n'a plus de symptôme ou d'obstruction causée par un dérangement
- Soit absence de douleur depuis 3-5 jours, ou des symptômes cohérents d'une dysfonction

Robert Medcalf a fait une remarque d'enseignement pertinente lors des ateliers. Il a posé la question suivante avant de commencer l'examen :

Ce patient m'a-t-il convaincu de ne PAS lui faire faire de flexion ?

Si la réponse est NON, il est peut-être judicieux d'épuiser tout d'abord la flexion dans le plan sagittal.

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les hanches... sans jamais oser le demander

Cora Aytona, PT, Dip. MDT, Chris Chase, PT, Dip. MDT et Michelle Miller, PT, Dip. MDT

« Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les hanches... sans oser le demander » comporte quatre sous-sections abordant différents thèmes conçus pour aider le clinicien à traiter efficacement l'articulation de la hanche grâce au MDT.

L'une de ces sections propose une revue des classifications MDT des extrémités. Les caractéristiques clés de la posture, la dysfonction, le dérangement et autres catégories spécifiques aux extrémités y sont abordées.

Suite au résumé des systèmes de classification, le groupe a analysé une étude de cas de patient souffrant de douleur de hanche antérieure chronique, qui s'est avérée être une dysfonction contractile. La clé du diagnostic de dysfonction contractile est la régularité de la production de douleur lors du mouvement, mais qui ne reste pas empiré après. Les tests de mouvement répétés n'entraînent aucun changement symptomatique ou mécanique rapide. Le but de cet atelier est d'améliorer les capacités de classification des participants en validant ou en éliminant des diagnostics potentiels, technique dite « de l'entonnoir » (*funneling*), à l'aide d'un questionnaire attentif lors de l'anamnèse et de tests appropriés lors de l'examen physique. Le groupe a mis en avant l'importance de la classification pour déterminer un plan de traitement ainsi que pour prédire les résultats du patient.

Dans la deuxième section, les participants ont appris à différencier la colonne lombaire, la hanche et l'articulation sacro-iliaque (SI). Il a été établi que lorsque ces régions sont évaluées, l'ordre d'évaluation doit toujours être constant. La colonne lombaire doit toujours être évaluée en premier, suivie par la hanche puis la SI. En effet, si l'articulation sacro-iliaque est évaluée en premier ou en deuxième, la colonne lombaire et la hanche peuvent donner de faux résultats positifs au test de provocation de la SI. Ensuite, des éléments de l'anamnèse ont été étudiés afin de voir quelles caractéristiques peuvent aider à localiser plus précisément l'origine des symptômes. En conclusion, peu d'éléments de cette anamnèse permettent de favoriser l'hypothèse lombaire, de hanche ou de la SI. Les deux éléments les plus pertinents sont (1) le questionnaire concernant la paresthésie, qui est rare pour la hanche et la SI et (2) la localisation des symptômes, les hanches et la SI n'étant jamais référées au dessus de la ceinture, ni au delà de la ligne médiane, et rarement en dessous du genou. Lorsqu'une douleur de la SI est référée sous le genou, elle ne va jamais jusqu'au pied. Finalement, les caractéristiques des examens ont été étudiées afin de déterminer lesquelles étaient les plus efficaces pour différencier ces trois localisations articulaires. L'examen semble considérablement plus utile lors d'un procédé de différenciation. La découverte de symptômes neuraxiaux, de déformations aiguës et de centralisation indique directement un problème de colonne lombaire. La hanche et la SI peuvent se localiser, mais pas vraiment se centraliser. Comme nous venons de le voir, les tests de la SI seront positifs pour une SI, mais peuvent également induire de faux résultats positifs pour une hanche ou une colonne lombaire positive. Ainsi, l'ordre d'évaluation est crucial pour la précision.

Une troisième section, « les hanches en péril », était une expérience d'apprentissage amusante, dans le style d'un jeu télévisé, où les participants (présents à la conférence) ont répondu à un quizz de la hanche centré sur le MDT, les découvertes scientifiques et d'autres faits divertissants. Les groupes se sont battus pour être les plus forts et se sont amusés en appuyant sur les buzzers tout en découvrant de nombreuses informations sur la hanche, qui les aideront à la soigner efficacement à l'aide du MDT.

La section finale s'est concentrée sur les progressions de force spécifiques à la hanche et sur les moments propices à la pratique des procédures de hanches, incluses dans le manuel de la conférence. La session pratique ciblait la force de progression, les procédures d'auto-traitement et l'assurance que les patients atteignent la fin d'amplitude en surpression. D'autres discussions ont porté sur la quantité de force nécessaire à utiliser pour traiter la dysfonction, ainsi que les directions de traitement courantes pour les dérangements. Les directions les plus courantes, l'extension, la rotation interne, et l'association d'extension et de rotation interne, ont alors été démontrées et débattues.

« Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les hanches... sans jamais oser le demander » était un atelier informatif comprenant différentes activités utilisant différents styles d'apprentissage. Les participants ont reçu des outils pour mieux utiliser le MDT à la fois lors de l'examen et du traitement de hanches.

Un poids sur les épaules

Kristi Maguire, PT, Dip. MDT

L'atelier « Un poids sur les épaules » a commencé avec des discussions sur l'importance d'exclure la colonne cervicale et thoracique haute comme contributeurs principaux ou partiels de la douleur d'épaule. Des recherches ont démontré que les tests orthopédiques spéciaux ont une faible fiabilité dans la différenciation des pathologies d'épaule. (Hegedus EJ 2008 & May et al. 2010). Les études par imagerie ont également une fiabilité faible pour déterminer les pathologies d'épaule. Il a été démontré en effet qu'une déchirure de la coiffe des rotateurs a été découverte par IRM chez environ 40 % de la population asymptomatique, avec une plus forte prévalence chez les populations plus âgées (Schibany N. 2004 & Ann R. 2006). Schneider G. (1989) a découvert que la colonne cervicale peut causer des restrictions de mouvements de l'épaule dans un schéma non-capsulaire.

Le manque de fiabilité des tests et de l'imagerie, ainsi que la forte prévalence de pathologies sans douleur ni perte fonctionnelle, prouvent l'importance d'utiliser des réponses symptomatiques et mécaniques à la contrainte afin de différencier l'implication spinale en présence de douleur et de dysfonction d'épaule à l'aide de l'évaluation MDT. Cela implique de mettre en place des mesures symptomatiques et mécaniques initiales de l'épaule, suivies d'une mise en contrainte de la colonne dans une direction spécifique puis de réévaluer les mesures initiales en cas de changement. Il faut souligner que la colonne cervicale et thoracique haute doivent être explorées en détail, impliquant souvent la nécessité d'extensions maintenues et de mobilisations dans des directions sagittales ou latérales afin de mettre en évidence la composante spinale.

Trois études de cas ont été présentées dans cet atelier pour démontrer le procédé d'évaluation MDT et les effets des stratégies de mise en contrainte. Le premier patient avait été diagnostiqué avec une capsulite rétractile de l'épaule, une douleur de 9/10, et des limitations dans toutes les directions de l'épaule avec des douleurs de fin d'amplitude. Ce patient nécessitait des extensions de la colonne thoracique haute afin de réduire la douleur à 4/10, d'augmenter les amplitudes de mouvement et les fonctions de l'épaule avec un retour au travail durant les quatre premières séances. L'état de l'épaule s'est amélioré malgré la persistance de limitations. La flexion et l'extension de l'épaule ont ensuite été introduites, produisant une douleur systématique en fin d'amplitude. Cela a conduit à une nouvelle amélioration de l'amplitude et de la fonction. Ce patient présentait à la fois une composante cervicale et une dysfonction articulaire de l'épaule.

Une vidéo d'un deuxième patient souffrant de dérangement de l'épaule a été présentée. Ce patient était un homme de 26 ans, sportif et souffrant depuis trois semaines d'une douleur de l'épaule gauche, survenue en jouant au water polo. Les symptômes étaient intermittents, empirés lors du décubitus latéral gauche et lors de la pratique du water polo. Les moments de crises entraînaient une perte de mobilité de l'épaule, accompagnée d'une augmentation des douleurs. Ses mesures mécaniques de base montraient des limitations en fin d'amplitude en flexion et en abduction avec une augmentation de la douleur. La rotation interne et externe et l'extension étaient complètes et sans douleur. Cette présentation démontre un schéma courant (schéma 2) décrit par certaines facultés institutionnelles, avec des douleurs et une limitation d'élévation, mais une rotation interne et une extension complète et sans douleur, qui a conduit à l'évaluation en adductions horizontales répétées, et qui de manière générale réduit les contraintes. Cependant, cela a conduit à une augmentation des douleurs et à une diminution significative de l'abduction d'épaule avec augmentation de la douleur. Ainsi, la direction opposée en abduction horizontale a ensuite été choisie, avec comme résultat une réduction complète de la douleur et une restauration complète de l'abduction et de la flexion sans douleur. Le message à retenir avec ce patient est que tous les patients ne rentrent pas dans un même schéma, et que si une direction est aggravante, il faut essayer la direction opposée.

Le troisième patient était une femme âgée de 56 ans avec une aggravation depuis neuf semaines de douleurs intermittentes de l'épaule droite. La douleur était accentuée par des élévations antérieure et latérale ainsi que par la rotation interne. Les colonnes cervicale et thoracique ont été exclues. Ses mesures mécaniques de base montraient une perte majeure de rotation interne et d'adduction horizontale, une perte modérée d'extension et une perte minimale d'abduction et de flexion, avec à chaque fois une douleur en fin d'amplitude. En raison de la perte importante de rotation interne, cette dernière a été évaluée de manière répétée, produisant un effet P/ PE accompagné d'une augmentation des amplitudes de rotation interne, de flexion et d'abduction. L'auto-traitement consistait en des rotations internes toutes les deux heures. Cette patiente est revenue avec une amélioration de 50 % dans toutes les directions. Une réévaluation en rotation interne n'a pas apporté plus d'amélioration. L'extension a été évaluée, entraînant une augmentation de rotation interne et une amélioration de la force d'abduction. L'auto-traitement a été modifié pour des extensions toutes les deux heures.

La patiente est revenue dans le même état. En raison d'obstructions majeures encore présentes en adduction horizontale, ce mouvement a donc été choisi pour la stratégie de mise en contrainte suivante, afin d'évaluer l'effet produit, PE sans changement des mesures initiales. Le fait de continuer en adduction horizontale avec l'ajout d'une composante de résistance isométrique produisant un effet PE a entraîné une augmentation modérée de l'adduction horizontale et une meilleure tolérance. L'auto-traitement consistait en des adductions horizontales avec résistance isométrique toutes les deux heures. La

patiente est revenue avec une amélioration de 85 %, une rotation interne et une adduction horizontale complète avec une douleur en fin d'amplitude, une élévation complète et moins de douleur lors de l'abduction contre résistance. L'adduction horizontale est devenue progressivement active à l'aide de Theraband avec une poussée isométrique en fin d'amplitude, causant un rétablissement complet de l'adduction horizontale. Cela est devenu son auto-traitement, jusqu'au terme de la prise en charge, avec d'excellents résultats.

Le message à retenir avec cette patiente est que lorsqu'un mouvement directionnel spécifique atteint un plateau, on peut évaluer l'effet de mouvements contre résistance dans la direction présentant la plus forte obstruction. La plupart du temps, il s'agira de flexion ou d'adduction horizontale. Lorsqu'un patient présente une amplitude douloureuse sans perte de mouvement, utilisez une résistance de Theraband de petite amplitude dans la zone cible.

Le dernier sujet de cet atelier concernait les schémas de dérangement d'épaule fréquemment observés en clinique.

Les schémas courants présentent tous une perte de flexion/élévation.

- Perte de rotation médiale et d'extension, mais le patient s'améliore avec la répétition de mouvements dans ces directions.
- Aucune perte de rotation médiale ou d'extension. L'adduction horizontale est réductrice.
- Rotation médiale et extension limitées, mais empirées par la répétition de mouvement. La Rotation latérale à 90 degrés de flexion est réductrice.

Pour une description plus détaillée, regardez la vidéo postée par Scott Herbowy sur YouTube, https://www.youtube.com/watch?v=Ecga_FHd754.

Ces schémas émergent en clinique et servent de guide aux cliniciens. Il faut toutefois se rappeler que tous les patients ne correspondent pas au schéma. C'est pourquoi les réponses symptomatiques et mécaniques aux stratégies de mise en contrainte doivent toujours nous servir de guide.

Références :

1. Ann R. (2006) Dead men and radiologists don't lie: a review of cadaver if and radiological studies of rotator cuff tear prevalence. Coll Surg Engl. 88: 116-121.
2. Hegedus EJ. (2008) Physical examination tests of the shoulder: a systematic review with meta analysis of individuals. Br J Sports Med. 42; 80-92.
3. May Et al. (2010) Reliability of physical examination tests used in the assessment of patients with shoulder problems: a systematic review. Physiotherapy. 96; 179-190.
4. McClatchie L. Et al. (2009) Mobilizations of the asymptomatic cervical spine can reduce signs of shoulder dysfunction in adults. Manual Therapy. 14; 369-374.
5. Schibany N. (2004) Rotator cuff tears in asymptomatic individuals: a clinical and ultrasonographic screening study. European J Radiology. 51; 263-268.
6. Schneider G. (1989) Restricted shoulder movement: capsular contracture or cervical referral-a clinical study. Australian J Physiotherapy. Vol. 35: 2; 97-100.

Techniques MDT : Indications, Contre-indications & Application

Fortino Gonzalez, PT, Dip. MDT, FAAOMPT

La conférence McKenzie 2013 des Amériques avait pour thème les résultats optimaux pour les patients. Ces résultats optimaux pour les patients n'arrivent pas par accident ; ce ne sont pas des tours de magie, ni des outils que l'on nous apprend à l'école. Les résultats optimaux pour les patients commencent avec un solide travail de fond, à la fois méticuleux, détaillé et reproductible. Au sein de l'institut McKenzie, des individus dévoués travaillent à des niveaux différents vers ce but commun, et chacun d'entre nous va pouvoir jouer un rôle. Cette année, nous sommes particulièrement appelés à nous mobiliser. Aujourd'hui plus que jamais, il est crucial de jouer notre rôle pour perpétuer ce que Robin McKenzie a commencé.

L'atelier de Techniques de thérapie manuelle MDT a été développé pour nous aider à ajuster nos techniques. Le but de cet atelier était de revoir les procédures MDT telles qu'elles sont décrites dans nos manuels McKenzie, diagnostic et thérapie mécanique de la colonne lombaire et diagnostic et thérapie mécanique de la colonne cervicale et thoracique. La faculté de l'Institut McKenzie a remarqué que certains cliniciens commettaient quelques inexactitudes lors de l'utilisation de techniques de mobilisation courantes. Le but de cet atelier était de s'intéresser à ces problèmes à l'aide d'une liste de conseils et d'erreurs fréquentes. Les points suivants décrivent les procédures revues lors de l'atelier, les erreurs courantes qui y sont associées ainsi que des conseils pour les réussir. Pour une description plus complète, consultez les manuels McKenzie.

Procédure #17 : Correction manuelle du shift latéral

L'un des plus grands problèmes lors de l'application de la force est de savoir pousser et tirer à force égale, en appliquant une petite quantité de mouvement et en travaillant en fin d'amplitude. L'application appropriée de la force consiste à forcer puis à relâcher légèrement, ce qui diffère d'autres techniques où la force est relâchée complètement. De plus, cette technique nécessite une période de pression de 3-5 secondes permettant aux symptômes de s'atténuer. Le mouvement est un glissement latéral, et non une flexion latérale. Le clinicien doit atteindre la fin d'amplitude avant de relâcher légèrement, tout en maintenant la sur-correction et en assurant un mouvement d'extension approprié, de manière à ne pas faire chuter le patient en arrière. Comme la plupart de ces manœuvres, la position de départ est cruciale. Certaines erreurs courantes consistent à ne pas écarter les pieds des patients à la bonne distance, à laisser les coudes du patient sur l'ilion, à ne pas placer l'épaule du clinicien sur la partie distale de l'humérus, et à ne pas positionner les pieds du clinicien de manière appropriée.

Procédure #12 : Extension allongé avec les hanches décentrées et surpression du clinicien (dans le plan frontal)

Pour les débutants, le clinicien doit s'assurer que la table est à la bonne hauteur, pas trop haute, afin de pouvoir maintenir une force latérale suffisante pendant toute la durée de la manœuvre. Le clinicien doit être placé du côté de la table où les hanches sont décentrées, ses mains étant placées latéralement sur les côtes et sur la crête iliaque (en évitant les côtes flottantes et le grand trochanter). Le sujet du maintien d'une force appropriée dans le plan frontal sans tourner le pelvis a également été abordé en détail. Le torse du clinicien doit être placé au dessus de la colonne lombaire pour permettre une force latérale suffisante, et le clinicien doit maintenir assez de pression pendant toute la durée des répétitions. Souvent, on observe une diminution de pression vers la fin de la technique.

Procédure 4C : Mobilisation en flexion latérale (cervicale, NdT)

Parmi les points clés de cet atelier, nous avons abordé le fait que le sacrum du patient n'est pas contre le dossier de la chaise en position verticale et le fait de ne pas aller et/ou rester en position de rétraction cervicale. Les coudes du clinicien ne doivent pas appuyer vers le bas ou en arrière sur les épaules du patient ; ils doivent reposer sur les épaules du patient. Le clinicien doit produire une inclinaison latérale de la tête jusqu'en fin d'amplitude, et non pas créer une force de cisaillement. Souvent, le clinicien perd la rétraction lors de la mobilisation. Il est donc crucial de sa part de maintenir ses deux bras dans le plan frontal pendant toute la manœuvre.

Procédure 2B : Rétraction et extension en rotation et traction du clinicien en décubitus

Le clinicien doit placer son corps dans le plan sagittal du patient puis soutenir la mâchoire avec une prise en berceau, en évitant l'approche à deux doigts. Effectuer une rétraction jusqu'en fin d'amplitude, la main sous l'occiput permettant le mouvement, mais sans « faucher ». Il est important de ne pas maintenir la rétraction lors de l'extension de la colonne cervicale. Cependant, il est également important de maintenir la traction pendant toute la durée de la manœuvre et d'arriver lentement en fin d'amplitude d'extension. Il est possible d'effectuer des rotations pour augmenter l'extension en fin d'amplitude, et lors du retour en position de départ, il est essentiel d'aller lentement afin que le mouvement soit passif.

Procédure #24 : Mobilisation en rotation des lombaires lors de la flexion

Concernant la position, la table doit être placée à une hauteur appropriée, à mi-cuisse. Le clinicien doit se tenir debout, du côté de la rotation, en fente avant de la cuisse du côté de la table, sa hanche fléchie à 30 degrés. Ce sont les chevilles du patient qui doivent se trouver sur la hanche du clinicien, et non les tibias du patient. Cela aide à maintenir les hanches du patient à 90 degrés de flexion pendant toute la durée de la mobilisation en rotation (Parfois, le clinicien peut fléchir les hanches du patient au-delà de 90 degrés, en fonction de la réponse du patient). Placer le patient trop près du bord de la table risque de faire sortir son pelvis de la table en rotation. Dans la mesure où ceci est une procédure de mobilisation, il est important de stabiliser le tronc du patient de manière adéquate, de préférence par l'épaule, avant de mobiliser. La force d'application doit toujours être perpendiculaire au sol.

Procédure 1C : Mobilisation en rétraction

Le patient doit être placé avec le sacrum contre le dos de la chaise. Cependant, la colonne thoracique ne doit pas être en contact avec le dossier de la chaise. Le clinicien ne doit pas utiliser le bord de sa main sur le menton du patient ; la main doit doucement englober le menton. Tout en maintenant une posture correcte pendant toute la durée de la technique, la main mobilisatrice du clinicien doit être placée sur la colonne thoracique haute, et non sur la colonne cervicale. Le clinicien doit doucement rétracter la tête du patient. Une pression douce doit être appliquée sur le menton afin de maintenir la rétraction. Ne poussez pas la mâchoire inférieure postérieurement, en direction du crâne. Comme dans la plupart des techniques de mobilisation, la force doit être utilisée en appliquant puis en enlevant lentement la pression.

Le but de cette critique est d'identifier et de décrire certaines des erreurs courantes observées lors de multiples cours et examens McKenzie. Nous tenons à remercier tout particulièrement les facultés et les conseillers de facultés pour leur diligence, car ils ont contribué par leurs retours à l'immense succès de cet atelier. Nous avons reçu de très bons retours de cliniciens de tous niveaux, des participants en partie A de première année jusqu'aux diplômés expérimentés par de nombreuses années de pratique. L'Équipe des Techniques vous encourage à vous rassembler et à former des groupes de pratique pour revoir les techniques et affiner vos manœuvres manuelles. N'oubliez pas que la méthode McKenzie inclut des manœuvres manuelles lorsque cela est approprié dans la progression de l'application de la force. Il est important de toujours garder nos outils non seulement affûtés, mais aussi affinés, alors que nous « portons » la volonté de Robin McKenzie d'aller « plus loin, plus loin, plus loin ». J'espère que ces conseils cliniques et ces observations vous seront utiles lorsque vous prodiguerez ces procédures de mobilisation, en travaillant tous ensemble vers ce but de résultats optimaux pour les patients.

COMMENTAIRE DES INVITÉS

Quel avenir pour Spinal Publications NZ Ltd?

Rachel Mason, CEO - Spinal Publications NZ Ltd.

Les trois fils de Robin McKenzie ont repris les rennes en tant que Conseil d'Administration de Spinal Publications NZ Ltd, à la grande joie de son épouse Joy. Ils arrivent dans la société avec de nouveaux points de vue, de l'énergie et une grande détermination à maintenir l'héritage de Robin et à poursuivre sa vision de placer la Méthode McKenzie® au centre de la vie de tous les jours.

C'est une époque passionnante que nous traversons, nous tous qui sommes impliqués, tandis que nous travaillons à améliorer les parts de marché, à augmenter le nombre de marchés et à offrir de nouveaux produits. Nous n'en sommes qu'au début mais nous comptons bien vous tenir informés des évolutions dans le futur.

Comme le disait souvent Robin, il a énormément appris de ses patients. Afin d'offrir ce dont ils ont besoin, nous apprécions beaucoup et comptons sur vos idées, vos recommandations et vos plaintes, car c'est vous qui interagissez avec les patients.

N'hésitez pas à contacter Rachel Mason, PDG, à tout moment à cette adresse : Rachel@endpain.co.nz.

Nous allons « CONTINUER » à offrir aux citoyens du monde les outils pour éliminer leurs maux de dos.

L'équipe de Spinal Publications NZ Ltd

Et un message de la famille McKenzie :

« Nous tenons à exprimer notre gratitude personnelle pour l'immense soutien que vous avez offert à notre famille durant cette période difficile. »

REVUE DE PRESSE SCIENTIFIQUE

Résumé et point de vue sur les publications récentes

Stephen May, PhD, MA, FCSP, Dip. MDT, MSc (UK)

Synopsis : Les critères cliniques offrent des définitions opérationnelles pour les mécanismes de douleur mécanique, radiculaire et inadaptée ; davantage cartographier les syndromes mécaniques, et le renforcement n'ajoutent que très peu au traitement utilisant le Diagnostic et la Thérapie Mécanique.

Smart KM, Blake C, Staines A, Doody C. La validité discriminatoire des termes « nociceptif », « neuropathique périphérique » et « sensibilisation centrale » comme classifications mécaniques de la douleur musculo-squelettique. (The discriminative validity of “nociceptive”, “peripheral neuropathic”, and “central sensitization” as mechanism-based classifications of musculoskeletal pain) *Clin J Pain* 2011;27:655-663.

Objectif

Confirmer la validité discriminative des classifications mécaniques de la douleur à l'aide de groupes de critères cliniques, afin de différencier les douleurs de dos – avec ou sans douleurs dans la jambe – d'origine nociceptive, neuropathique périphérique ou de sensibilisation centrale.

Conception

Transversale entre les patients.

Cadre

En hôpitaux et dans des départements de kinésithérapie d'Irlande et de Londres.

Patients

Le recueil de donnée a été effectué par 15 kinésithérapeutes expérimentés. La taille de l'échantillon de patients était basée sur le besoin d'avoir 10 patients par variable indépendante, pour 40 variables indépendantes, ce qui nécessitait un échantillon minimum de 400. Un total de 464 patients a été recruté, tous présentant divers symptômes de dos et de jambe, avec une petite majorité de femmes et des durées de symptômes aigus à chroniques, la majorité étant chroniques.

Intervention

Les thérapeutes ont effectué une évaluation standard, en incluant un dépistage pour repérer drapeaux jaunes et rouges (yellow et red flags) et un dépistage pour détecter les signes et symptômes liés à la douleur, comme la douleur spontanée et l'allodynie. Les cliniciens ont alors classifié le mécanisme de douleur des patients comme nociceptif (douleur de dos mécanique), neurogénique périphérique (douleur radiculaire), de sensibilisation centrale ou mixte, en fonction de leur jugement clinique. Ils ont alors complété une liste de contrôle de critères cliniques comportant 38 sections, dont 26 symptômes et 12 signes.

Mesure principale du résultat

L'analyse univariée a été utilisée afin d'exclure tout critère non-discriminatoire. Les analyses multivariées ont ensuite été utilisées afin d'identifier les groupes dont les critères étaient associés à des mécanismes algiques nociceptifs, neurogéniques périphériques et de sensibilisation centrale. Une série de modèles a été utilisée pour exclure les critères faiblement discriminants, et pour comparer d'une part les critères définitifs provenant d'une source de douleur et d'autre part les critères définitifs provenant des deux autres sources. Les modèles finaux ont été donnés pour chacun des mécanismes algiques avec des coefficients de régression et rapports de cotes (odds ratios), avec un intervalle de confiance (IC) de 95 % pour chaque critère restant.

Résultats principaux

Le sexe et l'âge n'étant pas associés de façon significative aux mécanismes algiques ont donc été exclus de l'analyse multivariée. Les patients ont été classés ainsi : 256, 102 et 106 présentant respectivement des mécanismes algiques nociceptifs, neurogéniques périphériques et de sensibilisation centrale. Le tableau 1 présente les modèles finaux pour les différents mécanismes algiques avec des rapports de cotes (odds ratios) plus grands que UN lors d'associations positives et plus faibles que UN lors d'associations négatives.

Le modèle final présente une sensibilité, une spécificité et un rapport de vraisemblance positif (likelihood ratio) de 91 %, 91 % et 10.1 ; 86 %, 96 % et 21.6 ; 92 %, 98 % et 40.6 respectivement pour les mécanismes algiques nociceptifs, neurogéniques périphériques et de sensibilisation centrale. Les rapports de cotes (odds ratios) du diagnostic sont de 100.7, 150.9 et 486.6 respectivement ; cela signifie que ces modèles ont respectivement 100, 150 et 480 fois plus de chance de prévoir exactement plutôt qu'inexactement les mécanismes algiques.

Tableau 1. Critère final pour les modèles algiques nociceptifs, neurogéniques périphériques et de sensibilisation centrale.

Critère	Rapport de cote	IC supérieur à 95 %	IC inférieur à 95 %
Nociceptive			
Intermittent	4.25	0.99	18.25
Localisé	69.79	25.13	193.81
Nette aggravation/amélioration	18.41	5.91	57.37
Associé négativement			
Brûlure	0.28	0.14	0.57
Dysesthésie	0.15	0.06	0.37
Douleur nocturne	0.22	0.11	0.46
Antalgique	0.24	0.11	0.53
Neurogénique périphérique			
Antécédents de lésion nerveuse	12.64	3.59	44.49
Dermatomique	24.29	6.33	93.18
Test de mouvement nerveux	14.64	5.59	38.37
Centrale			
Douleur disproportionnée à la lésion	15.19	4.39	52.48
Aggravation/amélioration disproportionnée	30.69	8.41	112.03
Symptômes psychosociaux	7.65	1.64	35.79
Palpation diffuse	27.57	6.28	121.09

Conclusions

Chaque groupe de critère a démontré un haut niveau de précision de classification. Des études supplémentaires sont nécessaires pour évaluer la validité conceptuelle et la validité de critère de ces classifications basées sur des mécanismes de la douleur musculosquelettique

Commentaire

Cette étude est importante à bien des égards. Premièrement, c'est une des seules études à avoir tenté de présenter une épidémiologie sur la proportion de patients souffrant de lombalgies provenant de causes mécaniques « normales » (nociceptives), radiculaires (neurogéniques périphériques) ou de réponses algiques inadaptées (sensibilisation centrale). De fait, les auteurs n'utilisent pas ces définitions de réponses algiques mécaniques, radiculaires et inadaptées, mais elles semblent être des définitions alternatives raisonnables à celles utilisées en se basant sur les critères descriptifs. La proportion est clairement biaisée par la nature nettement chronique de la population ; environ 74 % ont eu des symptômes pendant plus de trois mois, cette population n'est donc pas une population « normale » de mal de dos, si une telle population existe, avec un nombre qui serait alors disproportionné. Malgré cela, 55 % souffraient de douleurs mécaniques, 22 % de douleurs radiculaires, et 23 % de « douleurs centrales ». Il n'est pas clairement établi que la chronicisation de la douleur chez ce dernier groupe soit dû à des mécanismes psychosociaux, à des changements neurophysiologiques dans le système nerveux central, ou à un mélange de ces deux causes. De nombreux essais scientifiques traitent de ces changements neurophysiologiques sans toutefois tenter d'en définir l'épidémiologie ni leur étendue chez les populations souffrant de douleurs chroniques. Bien que la proportion de personnes présentant des symptômes « chroniques » (> 3 mois) soit plus importante dans ce groupe, elle est élevée dans tous les groupes ; 94 % comparé à 68 % dans le cas des douleurs mécaniques et radiculaires. Clairement, il est nécessaire d'équilibrer l'importance accordée aux mécanismes de douleur inadaptée à l'aide d'une étude et d'une évaluation continue de l'origine des mécanismes algiques.

Un autre aspect intéressant, surtout pour des thérapeutes McKenzie, concerne la validation offerte par cette étude des descriptions de douleurs fournies dans les manuels (McKenzie et May 2003). Tous les cliniciens formés en diagnostic et thérapie manuelle reconnaîtront la nature mécanique des douleurs de dos décrites comme intermittentes, localisées et avec des facteurs clairs d'aggravation ou d'amélioration. La douleur à distribution en dermatome avec tension radiculaire sera clairement classée comme douleur d'origine radiculaire. De nombreux cliniciens reconnaîtront un patient qui souffre d'une douleur inadaptée lorsque la réponse semble disproportionnée à la lésion d'origine, s'accompagne de symptômes psychosociaux, et si le patient présente une sensibilité accrue ailleurs que sur le site de la douleur.

Les statistiques sont également à prendre en compte, les rapports de cote (odds ratios) étant très élevés pour certains de ces éléments. Les rapports de vraisemblance (Likelihood ratios), autre moyen d'évaluer les risques ou les résultats, dépassant 10.0 représentent des preuves avérées de la valeur de cet élément dans une trajectoire clinique (Jaeschke et al. 1994). Comme on

peut le voir sur le tableau 1, beaucoup de ces rapports de cote sont de fait bien plus élevés.

De même, la sensibilité et la spécificité sont très hautes (>90 %) pour presque chaque élément, ce qui n'est pas courant, ces statistiques ayant tendance à s'inscrire dans un rapport de balancier – quand l'un monte, l'autre descend. Dans l'ensemble, ces statistiques montrent que nous pouvons faire confiance à ces modèles de douleur mis en place par les auteurs.

La fiabilité du système de classification a été testée et est bonne à excellente pour la fiabilité inter et intra examinateur avec des valeurs kappa de 0.77 (95 % CI; 0.57, 0.96), et 0.96 (95 % CI; 0.92, 1.00) respectivement (Smart et al. 2010). Dans une étude ultérieure, la validité du système de classification a été évaluée par rapport à plusieurs mesures de résultats liés à la qualité de la santé pour les douleurs auto-signalées, la fonction, le physique et le mental, cette étude s'intéressant donc à la validité de la classification (Smart et al. 2012a). Il existait des différences importantes entre les groupes dans la plupart des résultats utilisés ($p=0.001$). Le groupe de patients souffrant de sensibilisation centrale a présenté considérablement plus de douleurs sévères, une qualité de vie plus pauvre du point de vue de la santé, et un plus haut niveau d'infirmité liée à la douleur, de dépression et d'anxiété que les deux autres groupes. Un schéma comparable a été observé lorsque le groupe présentant des douleurs neuropathiques périphériques a été comparé au groupe souffrant de douleurs nociceptives. Par exemple, les groupes de sensibilisation centrale, neuropathique et nociceptive ont respectivement présenté les résultats suivants : douleur – 7.2, 5.8, 4.5 ; Roland-Morris – 14.0, 11.9, 8.7 ; dépression – 9.5, 7.0, 4.9. Evidemment, ces différences sont seulement relatives et non dichotomiques, mais restent cependant assez considérables.

Chacun de ces trois groupes a été examiné plus en détail au cours d'études ultérieures à l'aide des mêmes données, qui incluent également une discussion concernant la plausibilité biologique sous-jacente des symptômes et les signes attribués aux différents critères. (Smart et al. 2012b, 2012c, 2012d). Il existe une forte association entre la sensibilisation centrale et « les schémas de provocation de la douleur disproportionnés, non-mécaniques et imprévisibles, en réponse à des facteurs multiples / aggravants non-spécifiques / facilitants ; une douleur disproportionnée par rapport à l'étendue de la lésion ou de la pathologie ; une forte association avec des facteurs psychosociaux mal adaptés (par exemple, des émotions négatives, une auto-efficacité faible, des croyances et des comportements algiques mal adaptés) ; des zones douloureuses / sensibles à la palpation qui sont diffuses / non-anatomiques » (Smart et al. 2012b). Il existe un lien marqué entre la douleur neuropathique périphérique et « la douleur référée dans un dermatome ou sur une distribution cutanée ; un passé de lésion, de pathologie ou d'atteintes mécaniques nerveuse, et la provocation de douleurs / symptômes à l'aide de tests mécaniques / de mouvements (par exemple actif / passif, neurodynamique) qui bougent, tendent ou compriment le tissu neural » (Smart et al. 2012c). Il existe un lien marqué entre la douleur nociceptive et « la nature mécanique / anatomique claire / proportionnée des facteurs d'aggravation / de facilitation ; généralement intermittente et aiguë lors de provocation en mouvement / mécanique, éventuellement une douleur moins intense ou pulsante au repos ; une absence de dysesthésie, un sommeil agité, une position antalgique, des sensations de brûlures / d'élancements / de chocs électriques » (Smart et al. 2012d).

Références :

1. Jaeschke R, Guyatt G, Sackett DL. Users' guide to the medical literature, III: how to use an article about a diagnostic test. *J Am Med Ass* 1994;271:389-391.
2. McKenzie R, May S. *The Lumbar Spine, Mechanical Diagnosis and Therapy*. Spinal Publications, Waikanae, New Zealand, 2003.
3. Smart KM, Curley A, Blake C, Staines A, Doody C. The reliability of clinical judgement and criteria associated with mechanism-based classification of pain in patients with low-back disorders: a preliminary reliability study. *J Man Manip Ther* 2010;18:102-110.
4. Smart KM, Curley A, Blake C, Staines A, Doody C. Self-reported pain severity, quality of life, disability, anxiety and depression in patients classified with 'nociceptive', 'peripheral nociceptive', and 'central sensitisation' pain. The discriminant validity of mechanisms-based classifications of low back (+) pain. *Man Ther* 2012a;17:119-125.
5. Smart KM, Blake C, Staines A, Thacker M, Doody C. Mechanisms-based classifications of musculoskeletal pain: Part 1 of 3: Symptoms and signs of central sensitisation in patients with low back (+ leg) pain. *Man Ther* 2012b;17:336-344.
6. Smart KM, Blake C, Staines A, Thacker M, Doody C. Mechanisms-based classifications of musculoskeletal pain: Part 2 of 3: Symptoms and signs of peripheral neuropathic pain in patients with low back (+ leg) pain. *Man Ther* 2012c;17:345-351.
7. Smart KM, Blake C, Staines A, Thacker M, Doody C. Mechanisms-based classifications of musculoskeletal pain: Part 3 of 3: Symptoms and signs of nociceptive pain in patients with low back (+ leg) pain. *Man Ther* 2012d;17:352-357.



Mbada CE, Ayanniyi O, Ogunlade SO, Orimolade EA, Oladiran AB, Ogundele AO.

Réhabilitation de l'inhibition des muscles extenseurs chez des patients souffrant de lombalgies mécaniques chroniques (Rehabilitation of back extensor muscles' inhibition in patients with long-term mechanical low-back pain. Rehabilitation), en cours de publication

Mbada CE, Ayanniyi O, Ogunlade SO. Schémas des syndromes McKenzie et de préférence directionnelle chez des patients souffrant de lombalgies mécaniques chroniques (Patterns of McKenzie syndromes and directional preference in patients with long-term mechanical low-back pain). **Romanian J Phys Ther** 2013 ; 19:62-68.

Mbada CE, Ayanniyi O, Ogunlade SO. Effet d'exercices d'endurance statiques et dynamiques des muscles extenseurs du dos sur l'intensité de la douleur, la limitation d'activité et la restriction de participation chez des patients souffrant de lombalgies mécaniques chroniques (Effect of static and dynamic back extensor muscles endurance exercise on pain intensity, activity limitation and participation restriction in patients with long-term mechanical low-back pain). **Rééducation Médicale** 2011 ; 15:11-20.

Note : Ces trois articles font partie d'un travail récent de doctorat, et comme ils semblent traiter de différents aspects d'un même problème, ils ont été revus ensemble. Ils étudient la distribution des syndromes mécaniques, mais aussi l'effet du protocole McKenzie de manière isolée, puis avec l'ajout d'exercices d'endurance statiques et dynamiques du dos, comme illustrés dans Mbada et al. (en cours de publication).

Objectif

Évaluer la proportion de syndromes mécaniques chez une population souffrant de douleurs de dos, et comparer les effets du protocole McKenzie seul et avec l'ajout d'exercices d'endurance statiques et dynamiques du dos.

Conception

Essai contrôlé randomisé, avec trois groupes.

Cadre

Département de réhabilitation médicale, Ilé-Ife, Nigéria.

Patients

Patients consécutifs avec une histoire de douleurs de dos d'au moins trois mois, les critères d'exclusions étant les Drapeaux Rouges, les atteintes neurologiques, la grossesse, la chirurgie spinale, et les scores de Rolland-Morris de moins de 4 ou de plus de 20. Quarante-deux patients ont été invités à participer, 89 ont accepté et 84 ont passé les critères d'admission/d'exclusion ; 79 et 67 ont été réévalués, respectivement quatre et huit semaines plus tard. L'âge moyen était de 52 ans et 52 % étaient des femmes.

Intervention

Les fiches d'évaluations lombaires McKenzie ont été utilisées pour évaluer les patients qui ont réalisé des répétitions de mouvements en fin d'amplitude debout, allongés, en extension, en flexion ou dans des directions latérales afin de définir une préférence directionnelle. Les thérapeutes sont décrits comme thérapeutes certifiés MDT. Les syndromes mécaniques ont été enregistrés. L'Essai Contrôlé Randomisé (ECR) était composé de trois groupes : Le protocole McKenzie seul, Le protocole MDT avec ajout d'exercices d'endurance statiques du dos, et avec ajout d'exercices d'endurance dynamiques du dos. Le traitement a eu lieu trois fois par semaine pendant huit semaines.

Mesure principale du résultat

La proportion de syndromes mécaniques (Mbada et al. 2013) dans les résultats de l'ECR est la suivante :

Echelle visuelle analogique pour la douleur, globalement, actuellement, en moyenne, au mieux et au pire, échelles de Rolland-Morris et d'Oswestry d'incapacité fonctionnelle à quatre et huit semaines, endurance musculaire statique et dynamique, et endurance musculaire à l'aide des tests de Biering-Sorensen et arch-up test. L'analyse a été menée pour chacun des trois groupes ainsi qu'entre les groupes (Mbada et al. 2011; Mbada et al. in press).

Résultats principaux

Sur 89 patients lombalgiques chroniques, la prévalence de syndromes mécaniques est la suivante :

Dérangement 80 %, dysfonction 7 %, syndrome postural 13 % ; 94.5 % avait une préférence directionnelle en extension, 3.5 % en flexion, et 2 % n'avait pas de préférence directionnelle (Mbada et al. 2013). Il y avait une différence significative avec le temps dans tous les groupes en termes d'endurance musculaire statique et dynamique et de fatigue musculaire. Le groupe de protocole MDT additionné à des exercices d'endurance musculaire dynamiques a obtenu une moyenne de changement significativement plus haute statistiquement en endurance musculaire statique et dynamique, et en fatigue musculaire à quatre

et huit semaines (Mbada et al. En cours d'impression). Les trois groupes ont montré des améliorations importantes dans le temps en termes de douleur et d'incapacité fonctionnelle. Les groupes entre eux n'ont pas montré de différence statistique en termes de douleur et de score d'Oswestry, mais le groupe de protocole MDT additionné à des exercices d'endurance dynamique a obtenu une amélioration significative statistiquement pour le score de Rolland-Morris à quatre semaines ($P=0.001$), mais de moins d'un point seulement (Mbada et al. 2011).

Figure 1. Scores de douleurs moyennes initiales (baseline), à quatre (4w) et à huit semaines (8w).

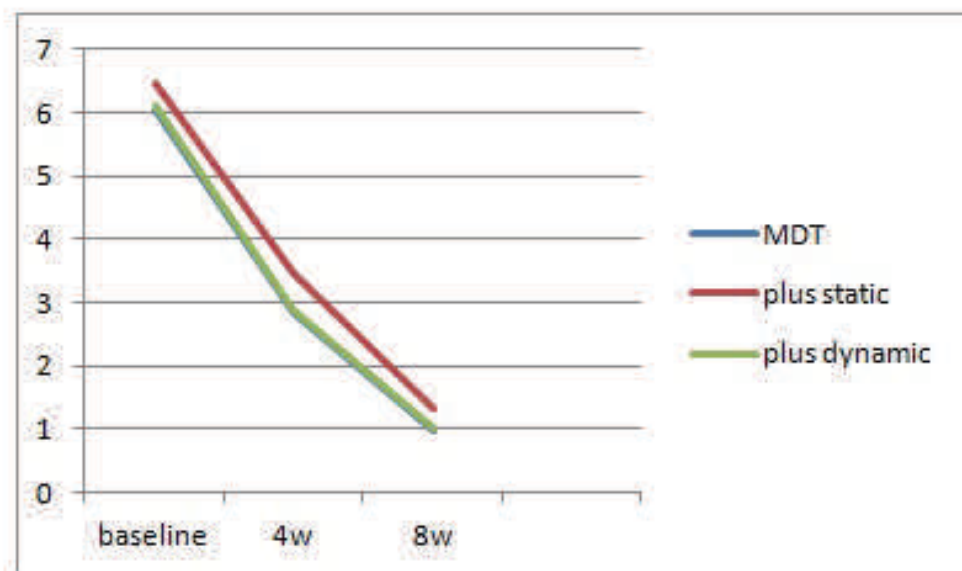
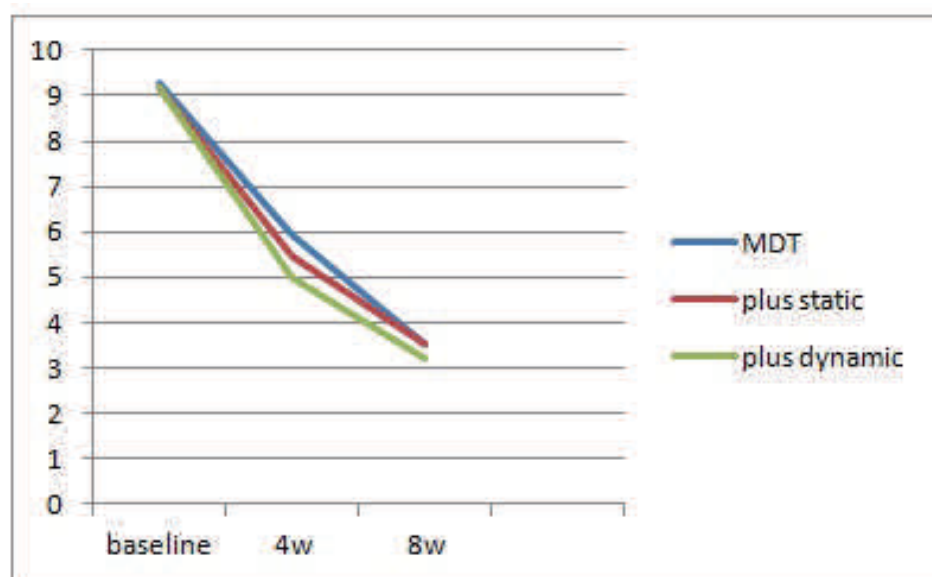


Figure 2. Scores de Roland-Morris moyens initiaux (Baseline), à quatre (4w) et à huit semaines (8w).



Conclusions

Le syndrome mécanique prévalent est le dérangement, et la préférence directionnelle est plus couramment observée à l'aide d'exercices d'extension (Mbada et al. 2013). Le protocole MDT, avec ou sans exercices d'endurance statiques et dynamiques des muscles extenseurs du dos, est efficace pour améliorer l'endurance et la fatigabilité des muscles extenseurs du dos, mais le protocole MDT avec des exercices d'endurance statiques a produit un effet significativement plus élevé (Mbada et al. En cours d'impression). Cependant, cela n'a pas eu d'effet sur l'amélioration de la douleur et du score d'Oswestry, qui a été amélioré dans chaque groupe sans différence significative ; Une différence significative a été observée sur le test de Rolland-Morris à

quatre semaine, en faveur du protocole MDT avec des exercices d'endurance dynamique, mais il est peu probable que cela ait un intérêt clinique (Mbada et al. 2011).

Commentaires

Les exercices d'endurance statiques et dynamiques des muscles extenseurs du dos utilisés dans cette étude sont des exercices de contrôle à forte charge, différents des exercices de contrôle moteur qui utilisent des charges relativement faibles et mettent l'accent sur le contrôle plutôt que l'endurance. Cependant, ces études cherchent à savoir si les exercices de renforcement ajoutent un bénéfice au protocole MDT, question très souvent posée lors de formations McKenzie. La réponse est ambiguë. Les muscles extenseurs du dos obtiennent peut-être plus d'endurance lorsque l'on ajoute les exercices d'endurance statiques au protocole MDT, bien que l'endurance soit déjà améliorée avec le protocole MDT seul, et il est difficile d'en établir l'intérêt clinique. Il n'est pas surprenant en effet que les exercices de renforcement renforcent, mais quel en est l'intérêt clinique ? En termes de douleur et d'invalidité, l'ajout d'exercices d'endurance statiques ou dynamiques n'a pas vraiment fait de différence. La seule différence statistique à quatre semaines ne présentait qu'un intérêt clinique négligeable. Il faut donc en conclure que le renforcement ajoute très peu au résultat clinique du protocole MDT.

Il faut reconnaître les limites de ces études. Parmi les 84 patients inscrits, seul 64 ont été suivis (80 %), le suivi le plus long étant de huit semaines après la fin du traitement, sans suivi à long terme des patients chroniques. Il n'y avait pas non plus de calcul de taille d'échantillon, ce qui veut dire qu'une différence statistique existante a pu passer inaperçue. Cela représente des limites sérieuses ayant pu biaiser l'étude. Cependant, les chercheurs étaient mis en aveugle pour les procédures de recrutement, de randomisation et d'évaluation.

MARKETING & BUSINESS

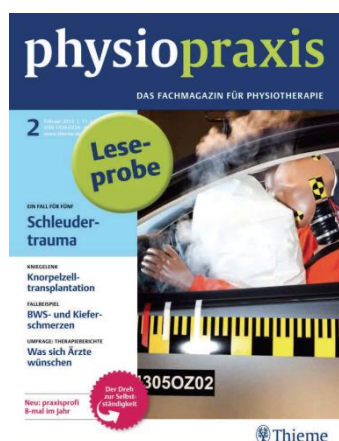
Dans cette édition de Marketing & Business MDT WP, Georg Supp, PT, Dip. MDT, nous aide à comprendre ce que les médecins attendent souvent d'un compte-rendu de thérapeutes. L'institut McKenzie tient à remercier Georg pour la traduction de son article original, publié en février 2013 chez Physiopraxis, de l'allemand en anglais. Nous espérons que les conseils de Georg vous seront utiles.

Utilisez-vous des techniques que d'autres praticiens de MDT dans le monde pourraient utiliser pour améliorer les profits de leur entreprise ? N'hésitez pas à nous envoyer des détails sur la façon d'améliorer les affaires de votre clinique à l'aide d'approches de marketing et de business nouvelles et innovantes.

Merci d'avance,
Yoav Suprun, DPT, Dip. MDT
Éditeur Marketing & Business MDTWP

Ce que préfèrent les médecins

Georg Supp, PT, Dip. MDT—Institut McKenzie Allemagne
(Réimprimé avec la permission de l'éditeur - Physiopraxis, février 2013)



Les dispositions légales diffèrent d'un pays à l'autre. Les kinésithérapeutes doivent parfois donner des comptes-rendus sur l'évaluation et le traitement des patients aux médecins. Georg Supp, MDT Professeur expérimenté en Allemagne, et propriétaire d'une clinique privée de kinésithérapie, a questionné plus de 100 médecins sur ce sujet. Ce texte est une version modifiée et traduite d'un article que Georg a publié au début de l'année dans un journal de kinésithérapeutes.

Au printemps 2011, le médecin orthopédiste Dietmar Goebel a enflammé les passions de ses collègues en Allemagne en publiant un article dans un journal destiné aux orthopédistes et aux chirurgiens (Goebel und Schultz 2011). Suite à un projet de recherche basé sur 260 prescriptions de kinésithérapie, sa conclusion était simple et tranchante : La plupart du temps, les kinésithérapeutes ne tiennent pas compte de la demande des médecins d'obtenir un compte-rendu du patient qu'ils leur ont référé. S'ils envoient un compte-rendu, le contenu est pauvre et consiste dans presque 100 % des cas en une demande de prescription supplémentaire.

La réaction des kinésithérapeutes et des médecins était prévisible. Les médecins avaient enfin une preuve soutenant leurs préjugés sur la fainéantise des kinésithérapeutes, qui passent leur temps à quémander des prescriptions supplémentaires. A l'inverse, les kinésithérapeutes se sont plaint que les médecins font preuve d'indifférence et se moquent de recevoir des comptes-rendus (Supp 2011). C'est ainsi qu'est apparu cette question :

Qui décide du standard des comptes-rendus de kinésithérapeutes ?

Qu'est-ce qui peut aider ? Pas les lois...

Les directives juridiques allemandes sur ce sujet ne sont que des conseils génériques (Gemeinsamer Bundesausschuß 20.01.2011/19.05.2011)

...Ni les statistiques ...

En Allemagne, le médecin prescripteur peut cocher une case dans la prescription pour demander un compte-rendu au kinésithérapeute. Une analyse de plus de 250 000 prescriptions en 2011 a montré que les médecins ne cochent cette case que dans 18 – 20 % des cas (Abrechnungszentrum azh/zrk 2011). Pourquoi les médecins n'utilisent-ils cette forme facile de communication que dans un cinquième des prescriptions ? Que souhaitent-ils y lire ? Quels aspects des comptes-rendus actuels les gênent ?

109 médecins interrogés

Afin d'éviter toute supposition hasardeuse ou l'espoir d'une sorte d'osmose inter-humaine de la connaissance, notre clinique a effectué un sondage auprès de 109 médecins de notre ville de Fribourg, en Allemagne (cf. « L'ÉTUDE ET SES RÉSULTATS »). Nous avons envoyé un courrier avec notre numéro de fax à 40 médecins référents principaux. Nous avons également choisi 70 médecins supplémentaires issus de différentes spécialités sur un total de 1100 collègues en ville. Nous avons procédé de manière assez subjective, avec comme devise principale « ce nom me dit quelque chose, il y a des chances pour qu'il réponde ». Certes, cette manière de procéder n'est ni très scientifique, ni très impartiale, mais présente l'avantage d'être pragmatique et économique. Nous avons ainsi contacté 49 orthopédistes, 34 généralistes, 16 chirurgiens, 5 neurologues, deux spécialistes de la douleur, deux rhumatologues et un gynécologue. Finalement, 31 médecins ont répondu par fax dans les dix jours qui ont suivi. Suite à un fax de rappel, 31 médecins supplémentaires ont répondu. Au total, 62 ont répondu, soit 57 % des sondés – un résultat tout à fait honorable !

Des citations illustrant la pluralité des opinions

Dans l'ensemble, nous avons obtenu un bon aperçu de nos médecins référents. Nous n'attendions pas d'amélioration de nos connaissances des questions 1 – 3 (cf. « L'ÉTUDE ET SES RÉSULTATS »). Nous espérions au contraire une sorte d'effet pédagogique. L'option portée en avant par la question 3 devrait suffire à convaincre les médecins des bénéfices de notre étude.

Bien que cette étude ne soit pas forcément représentative, le résultat en ce qui me concerne est très positif dans la mesure où plus de la moitié des médecins contactés ont renvoyé leurs impressions. La plupart des médecins ne se sont pas contentés de cocher les cases mais nous ont également fourni des commentaires très utiles. Par exemple, dans la section « autre raison », nous avons pu obtenir des indices utiles concernant certains aspects possibles motivant les médecins à demander, ou non, un compte-rendu. Deux médecins qui n'ont jamais utilisé la possibilité de demander un compte-rendu ont expliqué ainsi leur choix : « je peux voir les progrès » et « si un kinésithérapeute est indiqué, c'est que nos diagnostics sont compatibles. Dans beaucoup d'autres cas, les points de vues sont trop subjectifs ». Un autre médecin, qui ne demande que rarement des comptes-rendus, a déclaré que « les comptes-rendus sont rarement d'une qualité adéquate. Je ne peux pas utiliser les informations. Il manque souvent les aspects importants ». Un autre médecin a cependant concédé qu'il oubliait souvent de cocher cette case. Deux défenseurs des comptes-rendus ont défendu leur contenu : « j'aime savoir quelle technique a été utilisée, cela me permet de tirer des conclusions au cas où le traitement n'aurait pas fonctionné » et « De cette façon, je peux obtenir un retour sur la réponse du patient ».

Soyez concrets !

Nous avons également demandé aux médecins d'exprimer ce qu'ils souhaitent trouver dans un compte-rendu efficace.

Voici quelques réponses :

- « Lorsque vous demandez une prescription supplémentaire, justifiez-en la cause. »
- « Quel exercice d'auto-traitement avez-vous prescrit ? »
- « Définissez vos objectifs et dites-moi s'ils sont atteignables »
- « Avez-vous atteint les objectifs du traitement ? Sinon, pourquoi ? »

- « Soyez précis. Merci de ne pas écrire « amplitude de mouvement améliorée » ou « ça va mieux ». »

Brebis Galeuse

Dietmar Goebel a identifié quelques « brebis galeuses » dans la communauté des kinésithérapeutes (Goebel und Schultz 2011). Mais ces mauvais éléments existent aussi chez les médecins. « Je ne savais pas que cette possibilité existait », a déclaré un médecin en toute sincérité. Un autre médecin n'ayant jamais demandé de compte-rendu dans notre clinique, n'avait apparemment pas conscience de la procédure habituelle. Cependant, il s'est plaint : « Je n'ai jamais de compte-rendu ». Le fait que ces deux médecins soient des chirurgiens laisse à désirer. Ces spécialistes en particulier devraient d'autant plus s'intéresser à la prise en charge de leurs patients opérés. Todd Wetzel avait très bien exprimé la relation entre la chirurgie et la rééducation : « La chirurgie prépare le corps pour une rééducation appropriée. » (Wetzel 2010)

Pas plus de 5 - 10 phrases

Occupons-nous maintenant des moutons sains. L'encadrement pragmatique s'avère nécessaire. Le fait que les médecins ne demandent de compte-rendu de kinésithérapeute que dans 20 % des cas peut être interprété comme un manque d'intérêt. Cependant, il ne faut pas en conclure qu'il est inutile de rédiger un compte-rendu, ou que le compte-rendu doit être fait à la va-vite.

Les kinésithérapeutes doivent au contraire se demander ce qu'il est raisonnable d'écrire dans un compte-rendu. Un compte-rendu de qualité est un gage de compétence et peut convaincre les médecins de l'intérêt de cette forme de communication interdisciplinaire. L'étude montre que les kinésithérapeutes et les médecins ne sont pas si éloignés. Les médecins aiment recevoir un compte-rendu de 5 – 10 phrases courtes. Les sujets abordés, courants chez les kinésithérapeutes, peuvent être :

- Quelle intervention de kinésithérapie a été utilisée ?
- Quel exercice d'auto-traitement a été enseigné au patient ?
- Comment a-t-il répondu ?
- Quelles raisons intelligibles justifient une prescription supplémentaire ?

Contrairement à ce que l'on attendait, les tests de mouvements et les mesures d'amplitudes articulaires présentent peu d'intérêt. Les informations concernant les évaluations des kinésithérapeutes peuvent être restreintes à un minimum. De plus, certains termes spécifiques couramment utilisés en kinésithérapie sont inconnus des médecins, il vaut donc mieux les éviter.

Écrire un compte-rendu rapidement et simplement

Très souvent, les thérapeutes justifient leur refus de compte-rendu par un manque de temps ou de moyens. A mon avis, ce ne sont que des excuses. Les comptes-rendus ne sont coûteux ni en temps ni en argent.

Voici une solution simple :

1. Au début du dernier rendez-vous, le thérapeute dit au patient qu'un compte-rendu doit être écrit pour le médecin.
2. Ensemble, avec le patient, le thérapeute remplit le formulaire et écrit le compte-rendu. De cette façon, le thérapeute est sûr d'avoir couvert la situation du patient de manière adéquate. Le patient est conscient de la communication interdisciplinaire et réalise sa propre implication.
3. À la fin de la séance, le thérapeute envoie ou faxe le compte-rendu au médecin.

Le fait d'écrire un compte-rendu concis et explicite montre le sérieux du thérapeute et améliore la communication entre les disciplines – pour le bien du patient.

Références :

1. Abrechnungszentrum azh/zrk (2011): Auswertung Physiotherapeutischer Mitteilungen 2011 Primärkassen und VdeK. ber die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung Heilmittel-Richtlinie, HeilM-RL.

ft am 27.12.2012.
berhaupt

beurteilt werden? In: Z Orthop Unfall 149 (01), S. 17–21.

4. Supp, Georg (2011): Studie zur Arzt-Therapeuten-Kommunikation: Ein Kommentar – Peinliches Ergebnis. In: physiopraxis 9 (05), S. 33–35.

5. Wetzel, Todd (2010): The Role of MDT in Diagnostic and Surgical Decision Making. McKenzie Institute Americas Region. Baltimore, 06.08.2010.

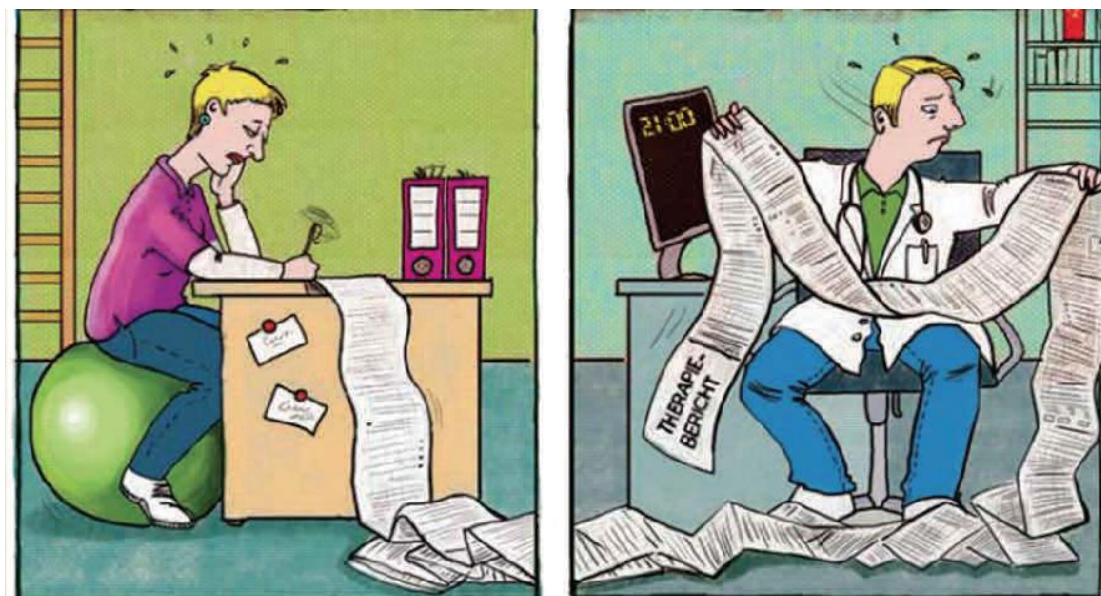


Image offerte par S. Schaaf

L'ÉTUDE ET SES RÉSULTATS

Pourquoi les médecins utilisent/n'utilisent pas les comptes-rendus

Dans un sondage, un praticien McKenzie certifié de Fribourg a demandé à des médecins référents quelles étaient leurs attentes quant aux comptes-rendus de kinésithérapeutes. Cinq questions, avec des réponses ouvertes et fermées, ont confirmé l'intérêt de rédiger de bons comptes-rendus. Voici les résultats :

Je ne demande jamais de compte-rendu car... (13 %)

- Je n'ai pas le temps de les lire (1)
- Le travail d'administration que cela constitue demande trop de temps pour moi/pour le thérapeute (5)
- Je préfère demander au patient (4)
- Autre raisons (voir « résumé des résultats » ci-dessous)

Je demande parfois des comptes-rendus car... (21 %)

- Cela n'est nécessaire que chez certains patients (10)
- Autres raisons (voir l'article)

Je demande toujours un compte-rendu car... (66 %)

- Le compte-rendu m'aide à décider si une prescription supplémentaire est indiquée (39)
- Je peux utiliser ce compte-rendu pour justifier du coût de la prescription de kinésithérapie (33)

Souhaits concernant le compte-rendu

Le compte-rendu devrait couvrir les aspects suivants :

- Évaluation du kinésithérapeute (23)
- Amplitudes articulaires et résultats des tests de mouvements (19)
- Intervention du kinésithérapeute (41)
- Réponse du patient (36)
- Le compte-rendu ne doit pas excéder :
 - 5 phrases (16)

-
- 10 phrases (12)
 - 15 phrases (3)
 - Pas de longueur maximum (9)

Réclamations des médecins

Un échantillon de réponses indique les demandes suivantes :

- « Merci de ne pas envoyer les patients avec des revendications spécifiques. »
- « Arrêtez la thérapie de temps à autre pour voir si cela fait une différence. »
- « Certaines cliniques demandent SYSTÉMATIQUEMENT une prescription supplémentaire. »

Résumé des résultats

95 % utilisent le compte-rendu pour décider de prescrire davantage de kinésithérapie

80 % utilisent le compte-rendu comme recours pour les compagnies d'assurances (En Allemagne, les médecins peuvent avoir des problèmes s'ils prescrivent trop de kinésithérapie)

Utilisation de la demande de comptes-rendus selon le groupe professionnel (sur un ensemble de 56 réponses)

- Orthopédistes : Toujours 79 %, parfois 13 %, jamais 8 %
- Généralistes : Toujours 55 %, parfois 35 %, jamais 10 %
- Chirurgiens : Toujours 29 %, parfois 29 %, jamais 42 %

Que veulent lire les médecins ?

- 67 % souhaitent connaître la technique de kinésithérapie utilisée
- 58 % souhaitent obtenir des informations sur la participation/ implication (« compliance ») du patient
- 37 % sont intéressés par l'évaluation du kinésithérapeute
- 40 % veulent lire cinq phrases ou moins