

**Dans ce numéro :**

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



## COMMENTAIRE PRINCIPAL

### FILIALE CHIROPRACTIE DE L'INSTITUT MCKENZIE

JONATHAN R. SOLTYS, DC, MS, CERT. MDT  
Directeur Exécutif

L'Institut McKenzie International a inauguré la Filiale Chiropractie en 2014. C'était la première filiale conçue spécifiquement pour représenter non pas un pays mais une profession de santé. Cette filiale a été créée pour faire évoluer la mission de formation des professionnels de santé par l'Institut, afin de mieux servir le public. Dans de nombreux pays, il existe des défis inhérents au fait de permettre aux chiropraticiens de participer aux formations diplômantes des filiales nationales. De plus, dans de nombreuses juridictions, les filiales ne peuvent pas offrir de formation (pour le renouvellement des licences) aux chiropraticiens.

De 2008 à 2013, l'MII (Institut McKenzie International), en partenariat avec l'Université Nationale de Sciences de la Santé, située en Illinois (USA), a testé l'accès aux chiropraticiens pour les formations A et B. Les formations étaient enseignées par Steven Heffner, DC, Dip. MDT, avec les mêmes méthodes d'enseignement que pour toutes les formations de l'Institut McKenzie aux USA. C'est suite à cette période d'essai que la Filiale Chiropractie a été formalisée.

Les enseignants de la Filiale Chiropractie et leurs assistants connaissent parfaitement la formation initiale des chiropraticiens, leurs formations professionnelles, la nomenclature qu'ils utilisent, les techniques thérapeutiques manipulatoires et manuelles, la philosophie, les exigences de la formation continue ainsi que les différents champs de pratique concernés. La chiropractie compte plus de vingt techniques reconnues, chacune utilisant une méthode d'évaluation distincte et incorporant différentes terminologies. Nos enseignants sont à même de réunir toutes ces différentes approches conceptuelles pour permettre aux participants de comprendre plus rapidement les informations fondatrices du MDT.

Les formations MDT à travers le monde se font habituellement sur trois ou quatre jours consécutifs sur la semaine. Ce format standard pose un problème aux chiropraticiens car la grande majorité d'entre eux travaillent seuls en cabinet, et une formation en semaine équivaut à une perte importante de leur chiffre d'affaire. Pour répondre à ce problème, la Branche Chiropractie propose la plupart de ses formations sur deux week-ends, le samedi et le dimanche uniquement, sans inclure de jours de semaine. De plus, les formations A et B commencent à treize heures le samedi, ce qui laisse la possibilité aux chiropraticiens de travailler ou de faire la route le matin de la formation, plutôt que de devoir partir le vendredi après-midi ou en soirée.

Pendant que nous continuons à sensibiliser les chiropraticiens à travers le monde à la pratique du MDT, ils sont de plus en plus nombreux à se former en MDT. Cependant, la Filiale Chiropractie ne peut pas proposer assez de formations pour répondre à tous les chiropraticiens qui s'intéressent au MDT, et nous n'avons pas la capacité de proposer de formations de perfectionnement en nombre suffisant. Nous recommandons aux chiropraticiens de se former au moins à la partie A avec notre filiale, mais si nous ne pouvons pas assurer la formation suivante dans un délai raisonnable, nous leur conseillons de s'inscrire auprès de leurs propres filiales nationales, ce que beaucoup d'entre eux ont fait. Lorsque cela est possible, nous comptons sur les filiales nationales pour les prendre en charge, en particulier pour les formations plus avancées. Cela leur permet de compléter leur formation MDT. Comme c'est déjà le cas pour plusieurs d'entre elles, de nombreuses filiales devraient donc voir une augmentation du nombre de chiropraticiens inscrits.

En plus de notre collaboration avec plusieurs organisations de chiropractie, une des stratégies de notre filiale est de collaborer avec les écoles de chiropractie ou les universités de science de la santé qui proposent un programme de chiropractie. Jusqu'ici, la filiale proposait des formations MDT sur cinq campus aux USA, et des négociations sont actuellement en cours avec trois instituts supplémentaires. Suite à ces actions, l'introduction au MDT fait partie du cursus de trois de ces instituts. Chacune des facultés qui proposent ce cours d'introduction est actuellement en train de compléter sa certification en MDT. Suite au cours d'introduction, un large pourcentage des étudiants y ayant participé s'est inscrit au cours de MDT (ces étudiants sont dans la phase clinique de leur apprentissage). Deux instituts supplémentaires ont fait savoir qu'ils souhaitaient inclure ce même cours d'introduction à leur

programme. Récemment, des étudiants ayant complété leurs cours de MDT nous ont contactés car ils souhaitaient développer une association de soutien au MDT au sein de leurs campus respectifs. Si quelques détails de ce projet méritent encore notre attention, cela pourrait sensibiliser davantage d'étudiants, et potentiellement les attirer vers nos programmes.

Les commentaires suivants ont fréquemment été entendus par des chiropraticiens ayant complété leur formation MDT :

« Le MDT offre un protocole de traitement sécurisé et efficace pour des patients trop douloureux, ou pour qui les manipulations et autres méthodes manuelles sont contre-indiquées. »

« L'utilisation du MDT est moins physique que d'autres techniques pour le rachis ou les membres. Le MDT nous a aidés à protéger nos épaules, nos lombaires, nos poignets et nos pouces (les zones responsables du plus grand nombre d'incapacité chez les chiropraticiens). »

Nous comptons désormais plus de 120 chiropraticiens certifiés en MDT, un nombre qui a beaucoup augmenté en très peu de temps.

La Filiale Chiropractie est impatiente de travailler avec un nombre croissant de filiales nationales.

Administrateur de la filiale  
Jonathan R. Soltys, DC, MS, Cert.MDT  
Cadre supérieur, Filiale Chiropractie  
McKenzie Institute International  
3 Alexander Road  
Raumati Beach 5255  
Nouvelle Zélande

Ligne directe: [630-258-4841](tel:630-258-4841) (U.S./EST)  
Email: [jonathan.soltys@mckenzieinstitute.org](mailto:jonathan.soltys@mckenzieinstitute.org)

A propos de l'administrateur de la filiale :

La carrière professionnelle de Jonathan est à la fois clinique et académique. De 2003 à 2013, il a été doyen de l'éducation post-professionnelle, des études de troisième cycle et de la formation continue à l'Université Nationale de Sciences de la Santé, située en Illinois (USA). Il a développé de nombreux programmes de formation continue (FC), auxquels ont participé des milliers de professionnels de santé chaque année. Il a développé l'offre de FC de l'université en incluant médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et assistants, acupuncteurs, naturopathes et masseurs. Pendant qu'il occupait ses fonctions à l'université, il a été promu au rang de maître de conférences. Depuis son arrivée en 1994, il est enseignant en clinique orthopédique, en manipulation articulaire ainsi qu'en spécialité médico-légale. Durant ses 20 années d'enseignement, il a été récompensé dix fois pour l'excellence de son enseignement.

En parallèle, il pratique la chiropractie en Illinois dans une clinique pluridisciplinaire. Cette pratique lui a permis d'acquérir une expérience précieuse en collaborant avec différents spécialistes de la santé auprès de patients chroniques.

Il a complété ses études de premier cycle à l'Université de Waterloo Ontario, son diplôme de chiropractie à l'Université de Chiropractie de Logan et son master scientifique post-professionnel en Sciences Cliniques Supérieures à l'Université Nationale de Sciences de la Santé. Ce master se concentrait sur les procédés de prévention et de prise en charge des maladies chroniques. Il a participé à plus de trois mille heures de formation continue sur divers sujets et est certifié en Diagnostic et Thérapie Mécanique. En 2014, il a été nommé cadre supérieur de la filiale chiropractie de l'Institut McKenzie International.

## POINT DE VUE CLINIQUE – ETUDE DE CAS

### Prise en charge d'un dérangement de hanche avec test de conflit positif en Flexion Adduction Rotation Interne (FADIR)

Andrei Altavas, PT, Cert. MDT

La douleur de hanche est un symptôme fréquent et un motif courant de consultation en kinésithérapie. Les médecins-traitants utilisent de nombreuses dénominations diagnostiques pour décrire les douleurs de hanche, telles que arthrose, bursite trochantérienne, déchirure labrale, élongation de hanche, douleur de hanche. La section orthopédique de l'Association Américaine de Kinésithérapie (APTA – American Physical Therapy Association) a élaboré des recommandations pour la pratique clinique (RPC) pour les douleurs de hanches non-arthritiques en lien avec la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé. Ces recommandations ont été établies dans le but de décrire les pratiques en kinésithérapie basées sur les preuves, ce qui inclut le diagnostic, le pronostic, l'intervention et l'évaluation du résultat pour les troubles musculosquelettiques fréquemment pris en charge par les kinésithérapeutes orthopédiques. Les diagnostics de trouble de hanche non-arthritique sont établis par des cliniciens en fonction des résultats de l'imagerie et des résultats cliniques, bien qu'il n'y ait pas de consensus sur les critères diagnostiques permettant de prendre en compte ou d'écarter un trouble spécifique.

Cet article décrit le cas d'une patiente de 56 ans recommandée par son médecin traitant pour une douleur à la hanche droite. La patiente présentait une douleur de la partie antérieure de la hanche et de l'aîne survenue soudainement suite à un cours de spinning (cyclisme en salle). Ses symptômes étaient présents depuis trois mois, sans changement. La douleur de hanche de la patiente était intermittente et augmentait lorsqu'elle croisait les jambes, qu'elle s'accroupissait ou qu'elle dormait sans oreiller entre les jambes. Son rachis lombaire ne présentait aucun trouble particulier lors de l'évaluation. L'examen, consistant en des répétitions de mouvements de la hanche, se dégradait en flexion, rotation interne et adduction. Ce résultat est décrit dans le RCP comme une douleur reproductible avec le test de conflit en Flexion Adduction Rotation Interne (FADIR), qui peut indiquer la présence d'un trouble intra-articulaire lorsqu'il est confirmé par imagerie. Le test FADIR est utilisé pour évaluer un conflit antéro-supérieur douloureux entre le col du fémur et l'acetabulum. Il est également utilisé pour évaluer les pathologies spécifiques du labrum acétabulaire, et pour le diagnostic de conflit fémoro-acétabulaire. L'utilité diagnostique du test FADIR a été étudiée et a démontré une spécificité de 0.10 et une sensibilité de 0.78.

Une préférence directionnelle en extension de hanche a été établie le premier jour, cette extension ayant réduit les symptômes de la patiente lors de la réévaluation de son trouble principal. Elle pouvait croiser les jambes de manière moins douloureuse, mais les douleurs à l'aîne en s'accroupissant persistaient. La patiente est revenue pour la deuxième séance deux jours plus tard en annonçant que le croisement de jambe ne lui causait plus aucune douleur, mais qu'elle continuait à avoir mal la nuit. De même, l'accroupissement déclenchait encore la douleur. Des rotations internes répétées ont été effectuées sur la hanche de la patiente, sa jambe étant placée sur une cale de 10 cm. La douleur de la patiente sur la partie antérieure de la hanche et dans l'aîne a été reproduite, mais elle diminuait avec le nombre de répétitions. La réévaluation de la position accroupie s'est alors effectuée de manière moins douloureuse.

Une semaine plus tard, la patiente est revenue pour sa troisième séance en annonçant que ses symptômes s'étaient améliorés de 90%, et que les douleurs lors du croisement de jambe et en position accroupie avaient disparu. La douleur nocturne avait également beaucoup diminué. La répétition de mouvements de hanche a été testée à nouveau et pouvait désormais être effectuée entièrement et sans douleur pour la flexion, l'adduction et la rotation interne. Cependant, les mouvements combinés du test de conflit FADIR et du cadran de hanche restaient douloureux, et cette douleur s'empirait avec la répétition. Plusieurs alternatives contre résistance ont été testées en ajoutant plus de flexion aux répétitions de rotation interne, en fonction de leurs effets sur les symptômes de la patiente. Ce mouvement a été effectué avec la jambe sur une chaise. La patiente devait ajouter une surpression aux répétitions de rotation interne.

A la quatrième séance, la patiente ne ressentait plus de symptôme en accroupissement et la nuit. Elle

hésitait à reprendre le cyclisme et les classes de spinning de peur de souffrir à nouveau de la hanche. Le test de conflit de FADIR et le test du cadran de hanche ont été effectués et n'ont produit aucune douleur. Il a été conseillé à la patiente de continuer ses exercices de réduction à la maison si nécessaire.

Ce cas met en lumière l'importance du Diagnostic et Thérapie Mécanique (MDT) dans la prise en charge de douleur de hanche non-arthritique. Les interventions thérapeutiques telles que la mobilisation articulaire, la manipulation, la rééducation neuro-musculaire et les étirements sont recommandés par le Guide de Bonnes Pratiques Cliniques lorsque le patient présente un handicap physique correspondant à un diagnostic patho-anatomique. L'ajout d'exercices et de prise en charge basés sur la préférence directionnelle à ces recommandations serait justifié.

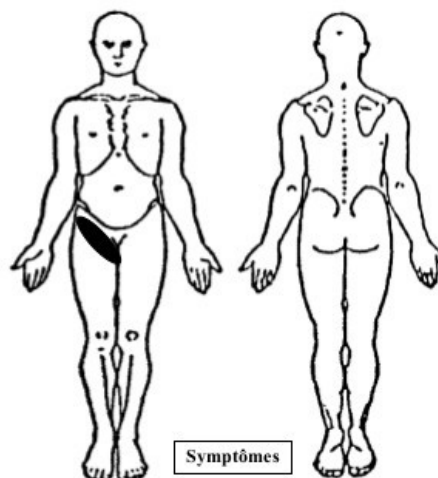
## REFERENCES:

1. Enseki K, Harris-Hayes M, White D, Cibulka M, Woehrle J, Fagerson T, Clohisy J. Nonarthritic Hip Joint Pain: Clinical Practice Guidelines. J Orthop Sports Phys Ther. 2014; 44(6): A1-A32.
2. Beck M, Leunig M, Parvizi J, Boutier V, Wyss D, Ganz R. Anterior femoroacetabular impingement: part II. Midterm results of surgical treatment. Clin Orthop Relat Res. 2004; 67-73.
3. Narvani AA, Tsiridis E, Kendall S, Chaudhuri R, Thomas P. A preliminary report on prevalence of acetabular labrum tears in sports patients with groin pain. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2003; 11: 403-408.



## INSTITUT McKENZIE EVALUATION DES MEMBRES INFÉRIEURS

Date \_\_\_\_\_  
Nom **Mr HANCHE** Sexe **M** / F  
Adresse \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_  
Né le \_\_\_\_\_ Age **56**  
Prescription par: Généraliste / Rhumatologue / Chirurgien / Autre. **Médecin de famille**  
Travail : contraintes mécaniques **Bureau administration**  
**6 à 8H / j**  
Loisirs : contraintes mécaniques **Vélo, Cours de natation**  
Incapacité fonctionnelle liée à cet épisode \_\_\_\_\_  
Score d'incapacité fonctionnelle \_\_\_\_\_  
Score EVA (0-10) **5/10**



### HISTORIQUE

Symptômes actuels **Hanche droite / aine**  
Présents depuis **3 mois** Amélioration/**stationnaire**/détérioration  
Facteur déclenchant **Vélo, cours de natation** Sans raison apparente  
Symptômes initiaux : **Avant hanche droite / aine** Paresthésie : Oui / **Non**  
Historique colonne **Lombalgie il y 14 ans, résolu** Toux / Éternuement : + if / - if

Symptômes constants : \_\_\_\_\_ Symp. intermittents : **Hanche / aine**  
Empiré : Se pencher Assis / Se lever / 1<sup>er</sup> pas Debout Marcher Escaliers **S'accroupir** / A genou  
Matin / En cours de journée / Soir Immobile / En mouvement Couché : décu / procu / latéro D / G  
Autres : \_\_\_\_\_  
Amélioré : Se pencher Assis Debout Marcher Escaliers S'accroupir / A genou  
Matin / En cours de journée / **Soir et nuit** Immobile / En mouvement Couché : décu / procu / latéro D / **G**  
Autres : \_\_\_\_\_  
Effets sur la douleur de l'utilisation continue de l'articulation : Mieux **Empiré** Sans effet Sommeil Perturbé **Oui** / Non  
Douleur au repos **Oui** / Non = **la nuit sans coussins entre les jambes** Site : Dos / Hanche / Genou / Cheville / Pied  
Autres questions Œdème **Graquement / Blocage** **Dérobement / Chute**

Traitements cet épisode **NON**  
Épisodes antérieurs **NON**  
Traitements antérieurs **NON**  
Santé générale **Bonne** / Passable / Mauvaise  
Médicaments **Aucun** / AINS / Analg / Cortisone / Anticoag / Autres  
Imagerie **oui** / **non**  
Chirurgie récente ou majeure : oui / **non** Douleur Noct : **oui** / non **MI non supportés**  
Accidents: oui / **non** Perte de poids inexpliquée : oui / non  
Résumé: Aigu / subaigu / Chronique Traumatisme / début insidieux **Début soudain après classe natation**  
Parties du corps à examiner dos / **hanche** / genou / cheville / pied Autres : \_\_\_\_\_

McKenzie Institute International 2012©



## EXAMEN

### POSTURE

Assis: bonne / pass / mauv Correction de la posture : Mieux / Empiré / Sans effet NA Debout: bonne / pass / mauv  
autres observations: \_\_\_\_\_

NEUROLOGIQUE : NA / Moteur / Sensitif / Reflexe / Dural \_\_\_\_\_

BILANS de DEPART (douleurs ou activités/fonction) Douleur en croisant jambes, lors squat et accroupissement

EXTREMITÉ Hanche / Genou / Cheville / Pied

PERTE DE MVT	Maj	Mod	Min	Nul	Douleur		Maj	Mod	Min	Nul	Douleur
Flexion			x		x	Adduction / Inversion				x	
Extension				x		Abduction / Eversion				x	
Flexion dorsale						Rotation Interne			x		x
Flexion plantaire						Rotation Externe				x	
						ADD+F+ RI		x			x

Mouvements passifs (+/- sur pression) (noter symptômes et amplitudes) \_\_\_\_\_

Flexion + surpression

Flexion-Adduction-Rotation Interne + surpression

Réponse aux tests résistés (douleur) Non significatif

DPM	DFA
	x
	x

Autres tests : Test de conflit FADIR positif

### COLONNE

Perte d'amplitude \_\_\_\_\_

Effet des mouvements répétés \_\_\_\_\_

Effet des postures \_\_\_\_\_

Test colonne Non pertinent / pertinent / Problème secondaire

Symptôme de départ \_\_\_\_\_

Test répétés	Réponse symptomatique		Réponse mécanique	
Mouvement <u>Actif/ Passif</u> Test résisté, Test fonctionnel	Pendant – Produit (P), Aboli (A), Augmenté (↑), Diminué (↓), Sans Effet (SE)	Après – Mieux (M), Empiré (E), Pas Mieux (PM), Pas Empiré (PE), Sans Effet (SE)	Effet ↑ ou ↓AMP, force ou test fonctionnel clé	Sans effet
Flexion	Produit, Augmenté	Empiré		
Adduction	P, A	E		
Rotation interne	P, A	E		
Extension	SE	SE	↓ douleur lors FADIR	
Effet du positionnement statique (posture)				
Rotation interne	Force alternative explorée			

### CLASSIFICATION PROVOISIRE

Extrémités

Colonne

Dysfonction - Articulaire

- Contractile

Dérangement

Articulaire

Postural

Autre

Incertain

### PRINCIPE DE MANAGEMENT

Éducation \_\_\_\_\_

Matériel fourni \_\_\_\_\_

Exercices et posologie \_\_\_\_\_

Buts traitement

1- Reprise cyclisme et cours de natation / 2 – Abolir douleur nuit / croiser jambe

McKenzie Institute International 2012©

## REVUE DE PRESSE SCIENTIFIQUE

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

Brian McClenahan, PT, Dip. MDT, FAAOMPT

**Apeldoorn, A et al. 2016. Influence de la centralisation et de la préférence directionnelle sur le contrôle rachidien chez des patients présentant une lombalgie non-spécifique** (The influence of centralization and directional preference on spinal control in patients with nonspecific low back pain). *JOSPT*.

Cette étude a deux objectifs :

1. Evaluer si les signes cliniques d'un problème de contrôle moteur chez un patient présentant une lombalgie commune s'améliorent suite à une évaluation MDT et si cela diffère entre les trois sous-catégories de type de douleur MDT (PD/CEN, PD/non-CEN et sans PD).
2. Evaluer l'amélioration de la sévérité de la douleur et des amplitudes suite à une évaluation MDT et évaluer la relation entre ces améliorations et les trois sous-catégories de type de douleur MDT.

Les auteurs reconnaissent que la « question fondamentale (concernant le contrôle rachidien) reste sans réponse pour la présentation clinique et la mesure. » Clairement, cela présente un écueil important lorsque l'on tente d'étudier cette question et d'en discuter. Les tests et les mesures du « contrôle moteur » manquent de validité et plusieurs d'entre eux manquent de fiabilité. Les guides de Bonnes Pratiques Cliniques reconnaissant toujours l'existence d'une catégorie de stabilisation, et le système très utilisé de Classification Basé sur le Traitement (Traitement Based Classification system, TBC CBT) comportant cette catégorie de stabilisation, cette étude utilise les tests cliniques les plus appropriés pour l'identification de déficit de contrôle rachidien.

Cette étude permettra au moins d'offrir plus de perspective à la « catégorie de stabilisation » du système de CBT, mais aussi à l'interprétation des tests de contrôle spinaux et à la pratique d'interventions de stabilisation. L'exploration d'une évaluation/intervention complète en MDT avant et après ces tests permettra d'évaluer davantage la valeur de l'implémentation de ces tests lors de la pratique clinique quotidienne. Cela permettra également de considérer l'intervention de « stabilisation » en fonction de ces résultats.

Il a été démontré à de nombreuses reprises que la Centralisation représentait un résultat clinique très important. Werneke *et al*<sup>1</sup> ont démontré que la centralisation pouvait être un meilleur prédicteur de résultat que la Préférence Directionnelle seule. Cette étude différencie donc la centralisation de la préférence directionnelle et de la Non-Préférence Directionnelle afin de déterminer plus précisément si l'un a plus d'impact que l'autre sur le contrôle rachidien / la sévérité de la douleur / les amplitudes.

Le schéma de cette étude est de type test-retest. Des patients lombalgiques avec ou sans douleur du membre inférieur ont été recrutés dans trois cliniques des Pays-Bas et une clinique belge. Ils ont reçu une évaluation standard de contrôle rachidien à l'aide de quatre tests cliniques effectués par un examinateur indépendant. Les patients ont ensuite passé une évaluation globale en MDT effectuée par un clinicien Diplômé en MDT avant que l'examinateur indépendant ne leur refasse passer les tests de contrôle rachidien. Les tests de contrôle rachidien utilisés sont les suivants : Mouvements lombaires anormaux (MLA), élévation jambe tendue active (EJTA ou Lassègue actif), test d'instabilité en procubitus (TIP) et test de Trendelenburg.

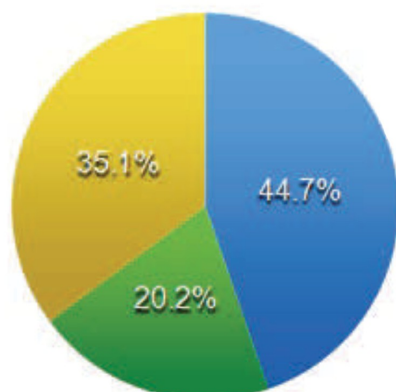
## RESULTATS

Le graphique ci-dessous montre les proportions de participants en fonction de leurs réponses à l'évaluation MDT. Comme indiqué, la plus grande proportion présentait une centralisation. En combinant les groupes de PD/CEN et de PD, nous savons que 65 % présentaient un dérangement.

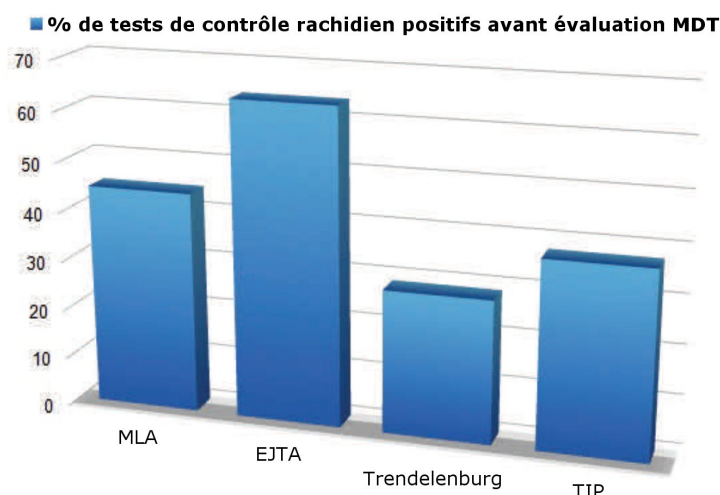


## Patients catégorisés par sous groupe de schéma de douleur

■ PD/CEN ■ PD/non-CEN ■ Sans PD

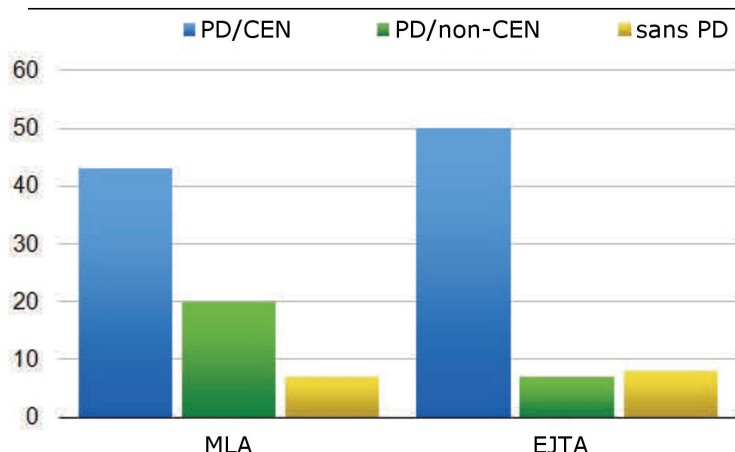


Le graphique ci-dessous indique les résultats à l'inclusion, avant l'évaluation MDT. Seul l'EJTA était positif pour la majorité des patients. Ce résultat est intéressant car la grossesse était un critère d'exclusion or ce test était à l'origine conçu spécifiquement pour cette population. Les MLA et l'EJTA ont tout deux indiqué un changement significatif pré et post évaluation MDT. Les différences de réponses selon le sous-groupe étaient importantes, comme l'indique le graphique ci-dessous. De manière assez prévisible, on peut observer la plus grande différence entre le groupe de centralisation et le groupe sans PD, mais il est également intéressant de constater que la PD sans centralisation n'obtenait en aucun cas un résultat aussi important. Cliniquement, ces deux catégories sont classées comme dérangement, on peut donc s'attendre à ce que les effets soient semblables, or ce n'est à l'évidence pas le cas lorsqu'il s'agit de ces tests de stabilité.



## Participants ayant obtenu une amélioration sur les différents tests de contrôle rachidien suite à une évaluation MDT : Pourcentage de changement par test de « stabilité ».

Il est à noter que les changements du test de Trendelenburg et du TIP n'étaient pas statistiquement significatifs. De plus, les changements indiquant un déclin des tests de contrôle rachidien suite à une évaluation MDT n'étaient pas statistiquement significatifs.



Les résultats suivants concernant les réponses symptomatiques et mécaniques des sous-groupes sont également dignes d'intérêt :

- Le sous-groupe PD/CEN a obtenu la plus forte augmentation d'amplitude en extension active (AROM = Active Range Of Movement) comparé aux sous-groupes PD/non-CEN et sans PD.
- Le sous-groupe PD/CEN a obtenu une réduction de distance doigt-sol plus importante que le sous-groupe PD/non-CEN.
- Le sous-groupe PD/CEN a obtenu une réduction de distalité de la douleur plus importante que le sous-groupe sans PD.

Les auteurs font remarquer que les résultats de cette étude peuvent être parasités par les biais suivants : durée des symptômes de l'épisode actuel de lombalgie, absence de résultat empirique soutenant la validité des tests de contrôle rachidien utilisés, fiabilité des tests de contrôle rachidien non évaluée, et effets sur le contrôle rachidien évalués uniquement immédiatement juste après le traitement.

## COMMENTAIRE

Les participants ayant obtenu une préférence directionnelle et une centralisation lors de leur évaluation MDT ont amélioré leurs scores de manière significative pour le test clinique d'« instabilité ». Les praticiens de MDT n'en seront pas surpris. Des mouvements lombaires anormaux (MLA) sont quotidiennement observés et notés par les cliniciens en MDT. Les cinq mesures des mouvements anormaux étaient l'amplitude douloureuse en flexion (DPM pour le MDT), l'amplitude douloureuse lors du retour (DPM pour le MDT), le signe de Gowers (utilisation des mains pour aider le mouvement), ressaut d'instabilité (Déviation pour le MDT), et inversion du rythme lombo-pelvien (genoux fléchis pour aider au mouvement). La présence de l'un de ces signes/symptômes doit alerter le clinicien MDT aguerri sur une probable classification de Dérangement. Ainsi, nous ne serions pas surpris d'obtenir une Préférence Directionnelle lors des tests, ce qui confirmerait la classification de Dérangement. La différence étant que le clinicien MDT considérerait simplement ces résultats comme des marqueurs initiaux ou des caractéristiques de Dérangement nécessitant une réévaluation suite à un examen minutieux de répétition de mouvements et non comme une indication aux exercices de stabilisation.

Les mouvements lombaires anormaux dépendent des observations des cliniciens et il est important de noter que les études de fiabilité obtiennent des résultats contradictoires. Ainsi, il est possible que la seule variation soit le résultat d'un manque de fiabilité des tests plutôt que de l'examen MDT.

L'élévation jambe tendue active (EJTA) a d'abord été utilisé pour mesurer la douleur pelvienne postérieure après une grossesse et est noté selon le rapport du patient sur sa difficulté à effectuer une élévation de jambe avec et sans aide extérieure. Ce test est utilisé en pratique clinique courante, mais la fiabilité inter-examineur varie d'un Kappa .53 à .87. Comme pour les MLA, ces résultats peuvent provenir de la variation due au manque de fiabilité du test.

Il est intéressant de constater que les tests de Trendelenburg et d'instabilité en procubitus ne sont

statistiquement pas influencés de manière significative suite à une évaluation MDT. Le test de Trendelenburg manque de fiabilité et de validité, et il n'est pas recommandé par les guides de bonnes pratiques cliniques. Ainsi, l'influence, ou plutôt le manque d'influence n'a pas d'importance clinique. Le test d'instabilité en procubitus (TIP) a obtenu une fiabilité inter-évaluateur acceptable comme test de provocation de la douleur mais il manque de validité pour la mesure du contrôle rachidien. Il est utilisé lors de la pratique clinique pour soutenir une intervention de stabilisation pour les patients selon la CBT. Une absence de centralisation et/ou de préférence directionnelle associée à un TIP positif peut indiquer un sous-groupe de patients pouvant bénéficier d'une autre intervention, mais des études complémentaires sont nécessaires.

Le but de cette étude n'est pas de faire un rapport sur la prévalence de la catégorie de stabilisation de la CBT, mais d'explorer divers tests physiques utilisés pour « mesurer » le contrôle rachidien. Cependant, il est intéressant de constater le nombre de tests positifs devenus négatifs suite à un simple examen de répétition de mouvements MDT. Cette réduction des résultats positifs concorde avec les résultats de Werneke *et al*<sup>2</sup>. Ces derniers ont démontré que seul 7 % des 628 patients consécutifs venant en séance correspondent au CPR de stabilisation avant une évaluation MDT et que parmi eux, 80 % ont obtenu une PD/CEN lors de l'examen MDT. Cela a entraîné une réduction globale de prévalence de stabilisation à moins de 1 %.

Dans l'ensemble, cette étude apporte des preuves supplémentaires de l'importance d'effectuer une évaluation MDT rigoureuse avant d'envisager une autre option de soin. Cela nous rappelle que tout résultat obtenu avant les répétitions de mouvement sont des points de comparaison, ou juste les effets secondaires d'un dérangement. Si nous prenons toujours en compte les données du patient et effectuons un examen mécanique approprié, nous garantirons au patient la meilleure chance d'obtenir de bons résultats.

#### Références:

1. Werneke MW, Hart DL, Cutrone G, et al. 2011. Association between directional preference and centralization in patient with low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther* ; 41:22-31.
2. Werneke MW, Hart DL, et al. 2010. Prevalence of classification methods for patients with lumbar impairments using the McKenzie syndromes, pain pattern, manipulation and stabilization clinical prediction rules. *J Man Manip Ther* ; 18:197-210.

<http://www.jospt.org/doi/abs/10.2519/jospt.2016.6158?journalCode=jospt>



## Résumé et point de vue sur les publications récentes

Anja Franz, PT, Dip. MDT et Richard Rosedale, PT, Dip. MDT

**Otéro, J, Bonnet, F. 2014. Lombalgie: prévalence des syndromes McKenzie et des Préférences Directionnelles.** (Low back pain: Prevalence of McKenzie's syndromes and directional preferences) *Kinesithérapie* ; **14 (145), 36–44.**

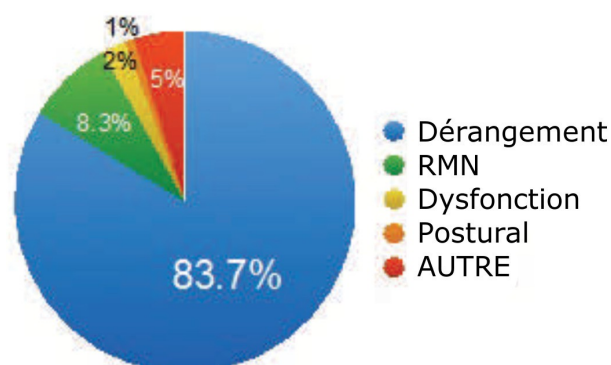
Cette étude prospective multi-centrée évalue la prévalence de Dérangement, de Dysfonction, de Syndrome Postural, du sous-groupe AUTRES, de Centralisation et de Préférence Directionnelle (PD), ainsi que leur constance sur cinq séances (Otéro & Bonnet, 2014). Trois cent quarante-neuf patients souffrant de lombalgie non-spécifique de durée variable ont été classifiés par 36 thérapeutes MDT certifiés travaillant dans divers cadres cliniques en France.

Lors de la première séance, la proportion de classifications est indiquée ci-dessous. Il est encourageant de constater que la proportion de patients classifiés comme Dérangement est élevée, malgré le fait que 40 % des patients souffrent depuis plus de trois mois.

(Note : suite au changement de terminologie, un « dérangement irréductible » se nomme désormais Radiculopathie Mécaniquement Non-répondante (RMN)).

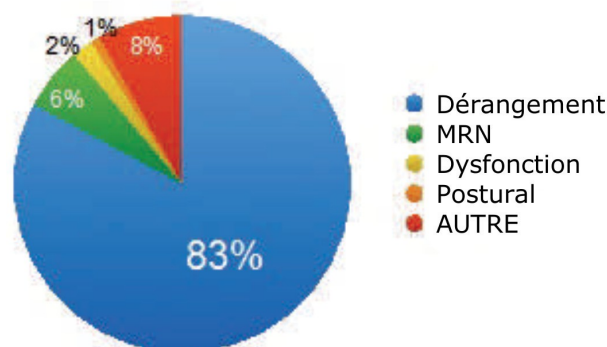
( Ndt = ce commentaire est faux car rien ne permet d'affirmer que ce sont des RMNR = plutôt des Mécaniquement Non Concluant = MNC)

### Classification à la première séance



Concernant la constance de la classification lors des cinq premières séances, seuls 5,57 % des Dérangements ont été reclassés dans une autre catégorie, RMN (Ndt = MNC) pour la plupart (26.5 %) et AUTRES (20.6%). D'autre part, 50 % des RMN (Ndt = MNC) ont été reclassées, la plupart comme Dérangement (29.4%). La proportion lors de la cinquième séance est indiquée ci-dessous :

## Classification à la 5ème séance

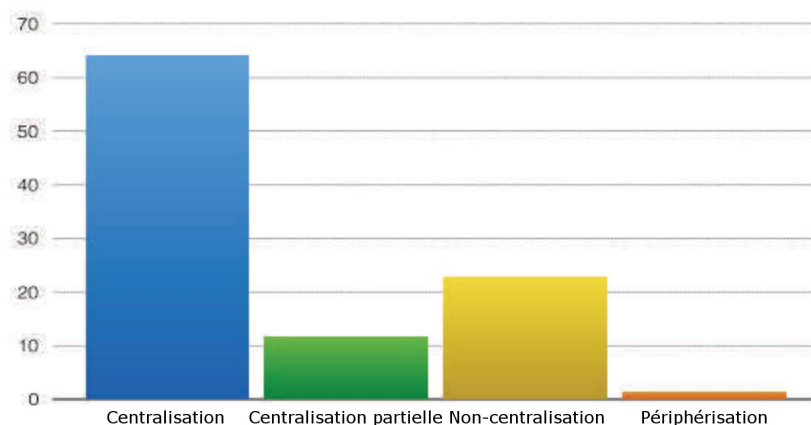


Concernant les Dérangements, la PD la plus fréquente était en extension (79,5 %), puis latérale (15,1 %). Une PD en flexion n'a été observée que chez 5,4 % des patients. Lors de la première séance, 50,1 % des patients ont obtenu une Centralisation, 20,3 % une Centralisation partielle.

Concernant la constance de l'observation d'une PD, le taux de prévalence global ne varie que légèrement au cours des cinq séances. Cependant, la PD évolue d'un mouvement rachidien à un autre chez 26,5 % des patients. Les auteurs décrivent un total de 24 changements de ce type. Le changement le plus fréquent est d'une PD en extension sagittale pure à une PD en extension, hanches décalées (18,7 %). Dans 9,9 % des cas, une non-PD est devenue une PD en extension, et inversement, 9,9 % de PD en extension sont devenues des non-PD.

Concernant la prévalence de Centralisation, la répartition lors de la cinquième visite est illustrée ci-dessous :

## Centralisation à la 5ème séance



Quelles sont les implications pour les cliniciens MDT ? Alors que cette étude confirme le taux de prévalence observé dans d'autres études, les taux de prévalence des diverses reclassifications et leurs descriptions détaillées ajoutent également une information nouvelle et intéressante à la littérature actuelle, et donnent des informations pour la pratique clinique. Cela souligne l'importance d'une réévaluation continue afin de confirmer un diagnostic provisoire et de guider la prise en charge. En effet, les cliniciens ne devraient pas hésiter à tester et à confirmer la prise en charge appropriée sur plusieurs séances afin d'évaluer en détail les présentations cliniques difficiles.

<http://doi.org/10.1016/j.kine.2013.10.009>

## COIN MARKETING & BUSINESS

### Le MDT en salle de sport

Yoav Suprun, DPT, Dip. MDT, CSCS

L'heure est venue. L'heure est venue d'aider ceux qui veulent rester en forme, faire du sport et, surtout, le faire en évitant les blessures.

Il ne se passe pas une semaine à la clinique sans que l'on me demande « A votre avis, qu'est-ce que je dois faire ? Du vélo elliptique ou du vélo d'appartement ? De la course à pied ou du rameur ? Utiliser des poids ou travailler avec le poids du corps ? Pilates ou Yoga ? Vélo assis ou vélo semi-allongé ? Tapis de course ou stepper ? » La liste est longue...

Je suis sûr que vous avez ressenti la même frustration que moi lorsque des coachs individuels, des professeurs de pilates, de yoga, de spinning etc... « Interrompent » la guérison que nous arrivons à obtenir avec nos patients. Tout le travail mis en place pour aider les patients à trouver leur Préférence Directionnelle et arriver à une Centralisation est parfois réduit à néant.

Je dis souvent à mes patients qu'ils ne peuvent pas attendre d'un professeur qu'il corrige leur position dans une salle remplie par vingt à trente personnes, et qu'un coach ne va pas « étirer » leur douleur et la faire disparaître. Même s'ils s'adaptent, s'ils s'étirent ou modifient les poids (comme je l'ai fait moi-même pendant des années, lorsque j'étais coach sportif individuel), cela peut ne pas fonctionner et provoquer des blessures. Nous devons apprendre à nos patients à être responsables de leur configuration mécanique, de leurs mouvements et de leurs symptômes.

L'évaluation et la prise en charge en MDT nous permettent d'aider les patients à trouver ce qui leur convient le mieux lorsqu'ils font du sport. Comme nous le savons, tous les exercices ne sont pas appropriés !

Cet [article](#) récent du New York Times est un nouvel exemple de la généralisation souvent présentée par les médias, qui décrivent la façon dont l'industrie du fitness, ou toute autre activité physique, peut aider à résoudre les douleurs. De plus, un chercheur éminent est cité, suggérant un exemple de « programme d'exercices efficaces pour le dos » dans une étude de 1991 parue dans le journal Physical Therapy, montrant une [batterie d'exercices](#) ne correspondant pas forcément à tout le monde.

Les coaches de fitness ne pouvant pas participer à nos formations MDT, c'est aux patients d'être responsables ! Il faut apprendre à nos patients ce que les gens qui fréquentent les salles de sport ne savent pas forcément. Mais surtout, les patients doivent savoir de manière proactive que tout ce qu'ils lisent sur le sujet ne marchera pas forcément pour eux.

Alors, quelle est la solution ? Mettez en place un espace de parole dans votre communauté pour que le public sache que vous pouvez les aider à rester en forme. MIUSA a récemment filmé la [présentation destinée aux patients](#) que j'utilise depuis plusieurs années, je vous invite à l'utiliser comme un guide pour créer votre propre discours destiné au public.

Pensez à faire passer le message d'une manière ou d'une autre aux membres des salles de sport de votre quartier. « NE FAITES PAS N'IMPORTE QUEL EXERCICE ». Nous pouvons vous aider à trouver celui qui VOUS convient le mieux !  
Bonne chance !