

**Dans ce numéro :**

- Commentaire principal
- Gros plan sur une filiale
- Point de vue clinique
- Revue de presse scientifique
- Coin Marketing & Business



---

## COMMENTAIRE PRINCIPAL

### **13<sup>ème</sup> conférence internationale de Diagnostic et Thérapie Mécanique à Copenhague, Danemark – Septembre 2015.**

LAWRENCE DOTT, P.-D.G., MCKENZIE INSTITUTE INTERNATIONAL

On dit que « le temps passe vite » et, en effet, septembre 2015 risque d'arriver plus rapidement que prévu.

J'ai la grande chance d'avoir visité Copenhague et je pense que c'est une ville merveilleuse pour présenter notre prochaine conférence internationale. La capitale du Danemark regorge d'histoire et de beauté, et offre des attractions et des lieux pour tous les goûts et toutes les passions. Les trois principaux sites sont le parc d'attraction des jardins Tivoli datant de plus de 100 ans, la statue de la petite sirène, et la ville libre de Christiania.

Le thème de la conférence est « En pleine tendance – MDT dans le futur » (“With the Tide – MDT into the Future”), et est un hommage à Robin McKenzie. Le thème reflètera les changements survenus grâce à l'influence de Robin, non seulement sur le développement et la diffusion du Diagnostic et Thérapie Mécanique, mais aussi dans le contexte beaucoup plus vaste des soins conservateurs.

L'héritage de Robin continuera d'influer sur la prise en charge les troubles musculosquelettiques et, de manière plus importante, continuera d'être bénéfique aux patients à travers le monde, et ce pour de nombreuses années encore.

Selon la tradition des conférences internationales passées, nous avons rassemblé, pour votre formation et votre épanouissement personnel, un large éventail de maîtres de conférences renommés dans le monde entier qui vous offriront leurs points de vue. Le programme des conférences est structuré de manière à ce que les intervenants mettent nos croyances et nos méthodes au défi, et nous remettent en question. Cependant, je pense qu'ils amèneront également à réfléchir et seront surtout très amusants. Les participants bénéficieront de présentations de recherche, de tables rondes, d'évaluations de patients, de diagnostics, de traitements, de discussions et de présentations de posters.

Nous avons également réservé un très beau lieu pour le gala de la conférence le samedi soir au Palais de Moltke. Le palais date de 1702 et a rempli une multitude de fonctions tout au long de sa vénérable histoire. Ce fut le lieu de résidence des nobles, des marchands, d'une princesse douairière, du premier ministre danois et de plusieurs membres de la haute société. Aujourd'hui, le palais a été entièrement restauré avec soin. Notre soirée commencera par une ballade-apéritif sur le canal, depuis l'hôtel de Tivoli jusqu'à Nyhavn, suivi d'une courte marche de Nyhavn au palais où nous attendra une très belle soirée avec un repas gastronomique et d'excellents vins.

Nous attendons des représentants de plus de 34 pays. L'Institut compte à présent 24 filiales à travers le monde, et les branches espagnoles et sud-africaines sont en cours de création. Nous offrirons également une éducation MDT dans neuf pays supplémentaires. Le MDT est clairement très efficace et continue de grandir mondialement. Copenhague 2015 nous démontrera une fois de plus cette expansion.

Vous trouverez tous les détails de la conférence – programme, hébergement en chambre d'hôtel, dîner de gala, en plus de l'atelier précédant la conférence « le MDT et les athlètes » et de l'inscription – en cliquant sur le lien ci-dessous, ou en visitant le site de l'institut [www.mckenziemdt.org](http://www.mckenziemdt.org).

Je vous invite à vous inscrire tôt, et suis impatient de vous accueillir à Copenhague du 4 au 6 septembre 2015.

Amicalement,  
Lawrence Dott  
P.-D.G.  
McKenzie Institute International  
<http://www.mckenziemdt.org/conf2015.cfm>

## GROS PLAN SUR UNE FILIALE

### Institut McKenzie Japon

Yoshihiro Iwasada, PT, MS, Dip. MDT

#### Salutations

Konnichiwa (Bonjour) du pays du soleil levant ! Le Japon, nation insulaire, est situé en Asie de l'Est. Son territoire est un peu plus petit que l'état américain du Montana et légèrement plus grand que la Norvège. Les trois-quarts du territoire ne sont pas habitables, cependant l'île compte plus de 100 millions d'habitants. Le Japon est une des nations les plus densément peuplées au monde.



#### Prestataires de santé

Les Prestataires de santé déclarés pour la médecine musculosquelettique au Japon sont les docteurs médicaux (DM), les kinésithérapeutes (MK), les ergothérapeutes (ET), les Judothérapeutes (JT), les acupuncteurs et les masseurs. Les Chiropraticiens et les Ostéopathes ne sont pas des prestataires de santé déclarés dans notre pays. Les chiffres de 2014 indiquent qu'il existe plus de 93 000 kinésithérapeutes au Japon. Les MK travaillant dans le cadre de notre système de sécurité sociale ne sont pas autorisés à gérer des cliniques de MK et doivent avoir des prescriptions médicales pour effectuer des soins.

#### Développement de la filiale japonaise

La filiale japonaise a été créée en 2002 et représente la 25<sup>ème</sup> filiale de l'Institut McKenzie. La filiale est une organisation à but non-lucratif déclarée composée de six membres. Notre comité est unique car il est composé de professions multi-disciplinaires. Je suis Président et suis un kinésithérapeute, alors que notre vice-président est chirurgien orthopédique. Les quatre membres du comité restant sont deux kinésithérapeutes, un autre chirurgien orthopédique et un judothérapeute. Cette composition multiprofessionnelle montre comment, au Japon, le MDT ouvre ses portes à tous les professionnels de santé passionnés par l'apprentissage du MDT.



#### Formations

Notre cours inaugural officiel McKenzie a eu lieu en mars 2000, où nous avons eu l'honneur d'apprendre directement de Robin McKenzie lui-même, ainsi que de Robert Medcalf, diplômé de MIUSA et membre de la faculté. Les premières années, nous n'avons organisé que quelques sessions de formation chaque année, mais ces dernières années nous avons finalement réussi à organiser plus de 10 formations par an. En 2013, nous avons organisé 12 formations sur les parties A-D, un séminaire de médecins, deux séminaires de rappel pour les cliniciens MDT certifiés et une conférence de filiale.

MK, ET, Judothérapeutes, acupuncteurs, chiropracteurs, dentistes et bien d'autres professionnels de santé sont en droit de participer à nos formations. Au Japon, il n'existe pas de barrière discriminante entre les différents prestataires de santé lorsqu'il s'agit d'apprendre le MDT.

## Ressources humaines (Dip. MDT et Cert. MDT)

Depuis Aout 2014, la branche japonaise compte 3 cliniciens diplômés McKenzie et 212 cliniciens McKenzie certifiés. Chacun de nos trois diplômés est personnellement impliqué dans l'enseignement de nos formations. Je suis moi-même instructeur sénior, Hana Sano est instructeur et Takenori Maekawa est enseignant probatoire de faculté. Nous travaillons souvent ensemble sur des démonstrations avec patient, répondant aux questions des participants à la formation et enseignant des techniques. Le style d'enseignement semble être bien reçu par les participants et encouragera sûrement la plupart d'entre eux à progresser sur les formations suivantes.

Au Japon, les certifiés en MDT sont invités à participer à nouveau aux formations A-D gratuitement pour rafraîchir leurs connaissances et leurs techniques MDT. Du point de vue d'un enseignant, ce privilège est bénéfique car ces praticiens MDT certifiés deviennent des assistants de valeur, en particulier lors des sessions pratiques.

Je n'insisterai jamais assez sur l'importance qu'ont eu, qu'ont et que continueront d'avoir les enseignants de l'Institut McKenzie International pour le MDT au Japon. À commencer par Robin et Robert en 2000, nous avons beaucoup de chance d'avoir eu des enseignants de premier choix tels que Scott Herbowy, Colin Davies, Kevin Turner, Helen Clare, Stephen May, Grant Watson et Greg Lynch, qui ont travaillé à nos coté depuis 13 ans. Ce sont tous des enseignants exceptionnels, et nous sommes très impressionnés non seulement par leurs compétences cliniques, mais aussi par leur forte conviction et leur engagement auprès du MDT. Bien que les enseignants japonais puissent désormais enseigner toutes les formations japonaises, nous tenons à continuer d'apprendre avec ces excellents enseignants internationaux.



## Programme

Parmi les différents aspects du programme, la filiale japonaise se focalise désormais principalement sur les deux buts suivants :

1. Plus de publications de recherche MDT : Il faut bien admettre que la recherche basée sur les preuves de la MDT sont majoritairement produites à l'extérieur du Japon. Nous avons la ferme intention de publier des preuves valides que nos collègues MDT internationaux pourront citer. Depuis 2013, nous avons commencé à accueillir une conférence annuelle de filiale. Cette conférence est strictement réservée aux présentations de recherches et un de ses objectifs est d'encourager les cliniciens MDT japonais à s'investir dans davantage de projets de recherche. Heureusement, Hiroshi Takasaki, PT, PhD, Cert. MDT, qui a déjà publié des articles importants en anglais, est revenu de l'université de Queensland en Australie après avoir obtenu son Doctorat cette année. Il nous a suggéré plusieurs projets de recherche intéressants concernant le MDT. J'espère qu'il deviendra l'une des personnes clés dans ce domaine.

2. Entretien des compétences des certifiés en MDT : cela devrait être un objectif universel. Les attentes du public japonais auprès des cliniciens MDT n'ont pas cessé de croître au fil des ans. Nous voulons à tout prix nous assurer que les praticiens certifiés en MDT soient à la hauteur de ces attentes. Nous proposons à tous les cliniciens certifiés en MDT deux formations : l'une est un séminaire de rappel, l'autre, comme décrite ci-dessus, est la possibilité de reprendre part aux formations A-D gratuitement. Le séminaire de rappel est très orienté vers la pratique clinique. Les participants sont séparés en plusieurs groupes et chaque groupe évalue et prend en charge un volontaire devant les autres groupes. Cela est vraiment passionnant et c'est une expérience d'apprentissage très efficace, à la fois pour les participants et pour l'instructeur.





## POINT DE VUE CLINIQUE

### Etude de cas : Un homme de 35 ans présentant une histoire de lombalgie

Brian Østergaard Sørensen, PT, Dip.MDT

#### Introduction

La douleur lombaire non-spécifique est le trouble musculosquelettique le plus courant. Un large éventail de tests et de traitements a été proposé, cependant la plupart ne sont pas bien validés (Deyo et al. 2009), ont un faible niveau de preuve (May et al. 2006) et un taux de réussite très bas en terme de réussite du traitement (Delitto et al. 2012). Selon Delitto et al (2012), la classification en sous-groupe peut potentiellement améliorer les résultats.

Le patient de cette étude de cas a été classé dans un sous-groupe à l'aide du système de classification proposé par McKenzie (McKenzie et May 2003). Lors de la visite initiale, le patient présentait des caractéristiques nécessitant une évaluation plus approfondie et un raisonnement clinique avant de pouvoir être classifié. Cette démarche incluait une intervention et un suivi à six mois. Elle est présentée dans cette étude de cas.

#### Présentation du patient

Le patient, un homme de 35 ans, est arrivé avec une histoire de lombalgie et de douleur du membre inférieur depuis neuf mois, les douleurs étant inchangées depuis cinq mois. Les symptômes sont apparus sans raison apparente, cependant, l'exacerbation de ces symptômes lors d'un jeu de Bumperz l'a poussé à consulter son médecin traitant qui l'a conseillé selon les recommandations pour les lombalgies aiguës (Cost B13, 2004).

Les symptômes du dos du patient, de sa cuisse (postérieure) et de son triceps sural sont intermittents, mais les symptômes dans le pied (majoritairement latéraux) sont constants et varient peu en intensité. Il a décrit des symptômes correspondant à un trouble radiculaire S1. Il présentait le trouble neurologique suivant : EJT positif à 30 degrés.

Le patient rapportait d'autres symptômes lors d'activités de flexion, avec et sans rotation, incluant le passage en position debout et le vélo. Les douleurs de dos et de jambe sont déclenchées lorsqu'il fait du vélo, court plus d'un kilomètre ou reste assis trop longtemps, mais ses symptômes disparaissent en quelques minutes suite à l'arrêt de ces activités. Les douleurs et les courbatures du patient persistent parfois plus longtemps, mais elles redeviennent à nouveau « normales » le lendemain matin.

Sa tolérance à la position assise augmente avec un support lombaire. Il signale une diminution de la douleur en position debout, à la marche et en position allongée sans préférence spécifique pour une position en particulier. Selon ce qui le soulage le plus de sa douleur, il est passé d'une position de travail assise à une position debout ; cependant, en fin de journée, il ressent les bienfaits de la position assise en raison de la fatigue et des courbatures de son dos.

Il dit qu'à l'exception de la course, qui entraîne des symptômes du membre inférieur très douloureux, il essaie tout de même de poursuivre ses activités de loisir, bien qu'il ait grandement réduit leur durée et leur intensité, car elles entraînent des symptômes du dos et du membre inférieur. Il pense que l'exercice l'aidera à récupérer.

Au début de ses troubles, il a reçu les soins d'un chiropraticien, d'un masseur et d'un kinésithérapeute. Ce dernier lui a prescrit des extensions en position allongée qui ont légèrement soulagé sa douleur entre la première et la troisième visite, mais sans amélioration par la suite.

#### Raisonnement clinique

Le patient s'est présenté sans drapeau rouge et sans indication de comportement inadapté d'évitement et de peur.

Selon son historique, le siège des douleurs, la période et les comportements symptomatiques, le diagnostic indique soit un dérangement réductible, soit un dérangement irréductible (McKenzie & May 2003), une racine nerveuse adhérente (RNA) ou une prise au piège de la racine (Petersen 2003; Ido & Urushidani 2001).

Les symptômes constants dans le pied et la douleur lombaire intermittente (qu'il décrit comme une « gêne » et non comme une douleur) restent inchangées depuis cinq mois, cette constance des symptômes dans le pied ne correspond donc pas à un diagnostic classique de RNA. Cependant, cette description de symptômes intermittents en bande étroite suite au penché avant (PE ensuite) correspond au schéma d'une lésion restrictive, comme une RNA. Les symptômes constants dans le pied correspondent plus à la définition MDT d'une prise au piège, cependant, il ne semble pas y avoir de consensus dans la littérature sur la définition d'une prise au piège (Ido & Urushidani 2001; Porter et al. 1984).

Les RNA et les prises au piège sont toutes deux assez rares (Petersen 2003). Une différenciation supplémentaire entre elles nécessiterait une évaluation basée sur la flexion, qui montrerait une augmentation de l'amplitude diminuant à nouveau en quelques minutes pour la prise au piège, alors que les flexions resteraient inchangées pour la RNA. De plus, la prise au piège engendrerait une perte d'amplitude en extension et une perte probable d'amplitude latérale du côté symptomatique. Ce patient présentait une bonne extension et une bonne mobilité latérale. L'aggravation des symptômes en position assise mentionnée par le patient peut se produire à la fois dans les dérangements réductibles et non-réductibles, ainsi que dans les prises au piège, mais pas dans les cas de RNA.

Un dérangement postérieur réductible avec une préférence directionnelle en extension indique que les symptômes du dos et du membre inférieur diminuent ou sont abolis lorsque la lordose est maintenue en position assise, debout, à la marche et en décubitus, et restent améliorée par la suite. Dans ce cas, la position assise prolongée produit systématiquement des symptômes persistants et les exercices d'extension n'ont offert qu'un soulagement temporaire de sa lombalgie lorsqu'il les effectuait. Les techniques latérales n'ont eu aucun effet sur les symptômes. Il n'a produit ni changement symptomatique ni changement mécanique lors de l'évaluation par répétition de mouvements ou par maintien de positions, comme cela aurait été le cas pour un dérangement (McKenzie & May 2003). Un dérangement irréductible produit souvent une douleur plus forte dans la jambe que dans le dos. Selon une expérience anecdotique, cet état est souvent lié aux stades précoces du phénomène. Ses symptômes constants du pied ne semblaient pas correspondre à sa condition actuelle. Ces troubles sensitifs de longue date sont fréquents chez des patients présentant un prolapsus discal, dans la mesure où leurs symptômes ont diminué et leurs niveaux fonctionnels sont revenus à un niveau proche de la normale en raison du pronostic favorable (Jensen et al. 2006). Cette hypothèse a été confirmée par IRM.

## Examen objectif

Lors de l'interrogatoire, son dos a commencé à le gêner. Une correction posturale a légèrement diminué cette gêne, mais sans effet sur les symptômes distaux. Son examen neurologique était négatif, sauf pour l'EJT positive. L'évaluation de l'amplitude a montré une perte modérée en flexion, une déviation du côté symptomatique et la production de symptômes familiers dans la cuisse. L'extension et le gliss lat dbt n'ont produit ni perte ni production de symptôme dans toutes les directions. Une stratégie provocatrice de répétition de flexion debout engendrait une réponse constante de production de symptômes dans la cuisse et la jambe à chaque répétition, pas empirée par la suite. Les flexions répétées en position couchée n'ont pas produit d'effet sur les symptômes ni pendant ni après l'évaluation.

## Raisonnement clinique et prise en charge

Le fait qu'il n'ait pas évolué depuis cinq mois et qu'il ne puisse pas produire une réponse durable à la mise en charge mécanique est au « cœur » du schéma mécanique et symptomatique.

Le comportement lésionnel ressemble beaucoup à une RNA en raison des résultats objectifs suivants : EJT positive, pas de perte d'extension lombaire ni de gliss lat dbt, réponse aux flexions répétées debout (PE), l'absence de production de symptômes lors de la flexion répétée sans charge, et pas de changement mécanique depuis la première évaluation (y compris la déviation vers le côté symptomatique). Ce diagnostic a été pris en charge par remodelage de la lésion restrictive (McKenzie & May 2003) et par rééducation fonctionnelle incluant du vélo et de la course selon les préférences du patient pour ces activités (Kool et al. 2007). Le patient a reçu une prescription pour un programme d'exercice consistant en quatre jours de rep FED, 4-5 fois par jour, afin de tester l'intégrité de la lésion. L'étape suivante était de progresser vers des flexions répétées en position assise 5-6 fois en tendant graduellement la jambe, puis finalement des flexions debout 5-6 fois lorsque cela devenait supportable,

toujours suivies par quelques extensions. La douleur familière pouvait être déclenchée, mais ne devait pas être pire après et aucune obstruction supplémentaire au mouvement ne devait se produire. Le patient a été informé de la difficulté de prévision d'un tel pronostic, et qu'il allait devoir être patient. Les preuves de cette approche sont limitées et ne sont soutenues que dans des études de cas (Melbye 2010; Gallegos et al. 2008) et sur des ligaments (Benani 2008). Il est important de noter que les mécanismes actuels responsables de ces changements positifs n'ont pas encore été découverts.

Il est pertinent de noter que six jours après la première visite du patient, lors de sa seconde séance, il est arrivé inchangé sur toutes les données initiales. Suite à la seconde visite, le patient a été suivi par téléphone et par email. Lors de son suivi téléphonique à six mois, le patient a dit être revenu à son niveau fonctionnel antérieur, comme avant la survenue des symptômes. Les courbatures dans le dos ne sont presque plus présentes et les douleurs dans la cuisse et dans la jambe ont disparues. Cependant, les symptômes du pied n'ont que peu diminué.

Ce patient présente un schéma assez « gris » de signes et de symptômes et ne correspond donc pas parfaitement à une sous-classification, cependant, il présentait les caractéristiques d'une lésion inactive et restreinte, en comparaison à une lésion active, ce qui a déterminé le chemin de la guérison.

## Références

Benani, A. et al. (2008). How a daily and moderate exercise improves ligament healing. *IRBM*; 29(4): 267-271.

Cost B13. (2004). "European Guidelines for the Management of Acute Nonspecific Low Back Pain in Primary Care." European Commission Research Directorate General. Web. 19 Nov 2013. [http://www.backpain europe.org/web/files/WG1\\_Guidelines.pdf](http://www.backpain europe.org/web/files/WG1_Guidelines.pdf)

Delitto, A. et al. (2012). Clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability, and health from the orthopaedic section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*; 42(4): A1-A57.

Gallegos et al. (2008). Mechanical Diagnosis and Therapy of an Adherent Lumbar Nerve Root. *Athletic Therapy Today*; 13(4): 26-30.

Ido, K. & Urushidani, H. (2001). Fibrous adhesive entrapment of lumbosacral nerve roots as a cause of sciatica. *Spinal Cord*; 39: 269-273.

Jensen, T. S. et al., 2006. Natural Course of Disc Morphology in Patients with Sciatica. *Spine*; 31(14): 605-1612.

Kool, J. et al. (2007). Function-Centered Rehabilitation Increases Work Days in Patients With Nonacute Nonspecific Low Back Pain: 1-Year Results From a Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*; 88: 1089-94.

McKenzie, R. and May, S. *The Lumbar Spine: Mechanical Diagnosis & Therapy*; Waikanae, New Zealand: Spinal Publications New Zealand LTD. 2003. 2nd ed. Print.

Melbye, M. (2010). An adherent nerve root - Classification and exercise therapy in a patient diagnosed with lumbar disc prolapse. *Manual Therapy*; 15: 126-129.

Petersen, T. *Non-specific Low Back Pain: Classification and Treatment*. Sweden: Studentlitteratur AB, 2003. Print.

Porter, et al. (1984). The Natural History of Root Entrapment Syndrome. *Spine*; 9(4): 418-421.

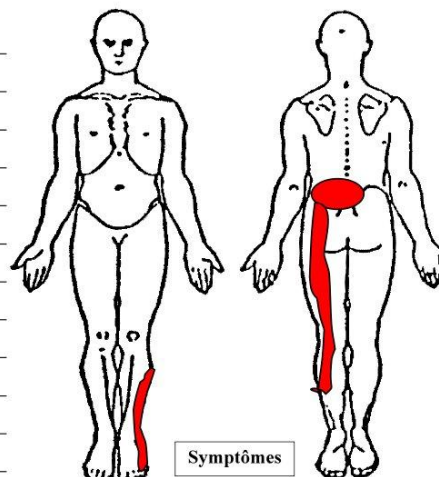
Suri, P. et al. (2010). The accuracy of the physical examination for the diagnosis of midlumbar and low lumbar nerve root impingement. *Spine*; 36(1): 63-73





## INSTITUT McKENZIE INTERNATIONAL FORMULAIRE D'EVALUATION LOMBAIRE

Date 30/10/2012  
Nom \_\_\_\_\_ Sexe : M / F  
Adresse \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_  
Né le \_\_\_\_\_ Age 35  
Prescripteur: \_\_\_\_\_  
Travail: contraintes mécaniques BUREAU  
Loisirs: Contraintes mécaniques VTT, Courir, cyclisme  
Limitations fonctionnelles pour cet épisode \_\_\_\_\_  
Niveau d'invalidité (score) \_\_\_\_\_  
EVA (0-10) \_\_\_\_\_



### INTERROGATOIRE

Symptômes actuels Lombaire, cuisse, mollet et pied  
Présents depuis 9 mois *s'améliore/stationnaire/se détériore*  
Facteur déclenchant Aggravé avec les activités physiques (2) *ou sans raison apparentes* (1)  
Symptômes initiaux: lbr / cuisse / jbe **Cuisse et jambe sont apparus après activité**  
Symptômes Const: lbr / cuisse / jbe **PIED** *symptôme intermittents* lbr / cuisse / jbe  
Empiré Se pencher Assis Se lever Debout Marcher Allongé  
Matin / En cours de journée / Soir Immuable / En mouvement  
Autre Porter, courir plus d'un km, rotation au toilettes, rouler en vélo  
Mieux Se pencher Assis Debout Marcher Allongé  
Matin / En cours de journée / Soir Immuable / En mouvement Plat ventre  
Autre Assis avec un support lombaire  
Sommeil perturbé Oui / Non Position: déçu / procu / latéro D / G Literie: dure / moyenne / molle  
Episodes antérieurs 0 1-5 6-10 11+ Année du 1er épisode \_\_\_\_\_  
Antécédents: \_\_\_\_\_  
Traitements à ce jour Kinésithérapie, Chiropractie, massage

### QUESTIONS SPECIFIQUES

Toux / Eternuement / Effort: oui / non Vessie: normale / anormale Marche: normale / anormale  
Médicaments: aucuns / AINS / analg / corticoïdes / anticoag / autre \_\_\_\_\_  
Santé grl: Bonne / Passable / Mauvaise  
Imagerie: oui / non **RAS à la Radiographie**  
Chirurgie récente ou majeure: oui / non Douleur Noct: oui / non  
Accidents: oui / non Perte de poids inexplicable: oui / non  
Autre: \_\_\_\_\_

McKenzie Institute International 2010©

## EXAMEN

## POSTURE

Assis: bonne / pass / mauv Debout: bonne / pass / mauv Lordose: red / acc / normale Shift Latéral: G / D / Aucun  
Correction Posturale: mieux / empiré / ss effet **Lombaire – sans effet sur les symptômes distaux** Pertinent: oui / non

autres observations: \_\_\_\_\_

## EXAMEN NEUROLOGIQUE

Déficit Moteur RAS Réflexes RAS  
Déficit Sensitif RAS Neuro-Méningé EJT +ive à 30 degrés

## PERTE DE MOUVEMENT

	Maj	Mod	Min	Nulle	Douleur
Flexion		<b>x</b>			<b>Produit symptômes jambe et déviation à gauche</b>
Extension				<b>x</b>	
Glissement lat D				<b>x</b>	
Glissement lat G				<b>x</b>	

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

Symptômes pdt le test		Symptômes après le test	Réponse mécanique		
			↑ampl	↓ampl	ss effet
<b>Symptômes avant tests dbt: Engourdissement pied</b>					
FI dbt	<b>Produit</b>				
Rep FI dbt	<b>Produit</b>	<b>Pas empiré</b>			<b>x</b>
Ext dbt					
Rep Ext dbt					
<b>Symptômes avant tests allongés: Engourdissement pied</b>					
FED	<b>Sans effet</b>				
Rep FED	<b>Sans effet</b>	<b>Sans effet</b>			<b>x</b>
EEP					
Rep EEP					
<b>Si nécessaire symptômes avant tests:</b>					
gliss lat D					
Rep gliss lat D					
gliss lat G					
Rep gliss lat G					

## TESTS STATIQUES

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

Autres Tests \_\_\_\_\_

## CLASSIFICATION PROVISOIRE

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

## PRINCIPES DE MANAGEMENT

Education Explication de la Racine Nerveuse adhérente Aide ergonomique \_\_\_\_\_  
Thérapie mécanique : Oui / Non Principe d'extension : \_\_\_\_\_  
Principe latéral \_\_\_\_\_ Principe de flexion : Rep. FED pour 3 ou 4 jours puis Rep. F assis  
Autres \_\_\_\_\_  
Buts du traitement: Remodelage de la restriction et pouvoir retourner faire du vélo et de la course

McKenzie Institute International 2010©

## REVUE DE PRESSE SCIENTIFIQUE

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

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

**Henry SM, van Dillen L, Oulette-Morton RH, Hitt JR, Lomond KV, DeSamo MJ, Bunn JY. (2014). Les résultats ne sont pas différents pour un traitement personnalisé au patient comparé à un traitement non-personnalisé au patient pour les sujets présentant une lombalgie chronique récurrente : un essai randomisé (Outcomes are not different for patient-matched versus non-matched treatment in subjects with chronic, recurrent low back pain: a randomized clinical trial). *Spine J* ; doi : 10.1016.**

### Contexte

Les systèmes de classification sont censés améliorer les résultats des traitements. Le Système de Classification Fondée sur le Traitement (Treatment Based Classification System), préconisé par Fritz et al., et le Système de Trouble du Mouvement (Movement Impairment System), préconisé par Sarhmann et al., sont deux systèmes de classification communément utilisés aux USA.

### Objectif

Evaluer si un soin personnalisé correspondant aux caractéristiques cliniques du patient offre des résultats supérieurs à un traitement non-personnalisé pour des patients lombalgiques chroniques.

### Conception

Essai contrôlé randomisé.

### Patients

Au total, 1022 patients ont été examinés et 898 ont été exclus en fonction de critères d'exclusion prédéfinis. Suite au calcul d'une taille d'échantillon, les patients lombalgiques depuis au moins 12 mois (N=124) ont été examinés puis séparés en deux groupes : ceux qui étaient admissibles pour des exercices de stabilisation selon le Système de Classification Fondée sur le Traitement et le Système de Trouble du Mouvement, et ceux qui n'étaient pas admissibles.

### Mesure du résultat

Les mesures principales des résultats sont le questionnaire d'évaluation de la capacité fonctionnelle (Oswestry Disability Index) et l'échelle numérique d'évaluation de la douleur.

Les mesures secondaires des résultats ont été obtenues à l'inclusion, après la septième semaine de traitement et à 12 mois. La réussite d'un traitement était déterminée par une réduction d'au moins 8% sur le questionnaire d'évaluation de la capacité fonctionnelle.

### Intervention

124 patients lombalgiques ont été testés pour leur admissibilité au Système de Classification Fondée sur le Traitement ou au Système de Trouble du Mouvement, puis randomisés en un groupe de traitement personnalisé ou non-personnalisé. 76 ont reçu un traitement personnalisé et 25 un traitement non-personnalisé.

### Résultats

Les deux groupes ont obtenus une amélioration significative, mais sans différence significative des résultats principaux entre les groupes à sept semaines et à 12 mois. Le groupe de soins personnalisés n'a obtenu de résultats supérieurs sur aucun des éléments, à l'exception d'une mesure secondaire, l'échelle d'incapacité, à sept semaines ( $p=0.01$ ) et à 12 mois ( $p<0.0001$ ). Environ 45 % du groupe de soins personnalisés et 48 % du groupe de soins non-personnalisés ont obtenu le taux de réussite du traitement d'au moins 8 % de réduction du score du questionnaire d'évaluation de la capacité fonctionnelle.

### Conclusion

La proposition d'un traitement adapté aux critères du Système de Classification Fondée sur le Traitement et du Système de Trouble du Mouvement n'a pas plus amélioré le résultat du traitement que lorsque le traitement n'était pas personnalisé, à l'exception d'une mesure de résultat secondaire.

## Discussion

Cet article est conforme aux précédents travaux, montrant que la mise en relation de sous-groupes de patients avec un traitement spécifique selon les règles de prévisions cliniques ne donne pas de meilleurs résultats (Haskins et al. 2012; Patel et al. 2013). Une telle conclusion est contre-intuitive, mais, malheureusement, démontrée par les preuves. On ne sait pas encore exactement si le manque d'effet est dû au fait que la mise en relation d'un sous-groupe avec un traitement spécifique n'est pas utile ou si c'est le Système de Classification Fondée sur le Traitement qui n'a pas de valeur pour l'optimisation du traitement.

## Références

Haskins R, Rivett DA, Osmotherly PG. (2012). Clinical prediction rules in the physiotherapy management of low back pain: a systematic review. *Manual Therapy*; 17:9-21.

Patel S, Friede T, Froud R, Evans DW, Underwood M. (2013). Systematic review of randomized controlled trials of clinical prediction rules for physical therapy in low back pain. *Spine*; 38:762-769.

<http://www.mdlinx.com/pain-management/news-article.cfm/5398769/randomized-controlled-trial-chronic-lowback>



**Miller-Spoto M, Gombatta SP. (2014). Les classifications diagnostiques attribuées aux patients présentant des troubles orthopédiques et l'influence de ces classifications sur le choix de l'intervention : une étude qualitative des spécialistes cliniques orthopédiques** (Diagnostic labels assigned to patients with orthopaedic conditions and the influences of the label on selection of interventions: a qualitative study of orthopaedic clinical specialists (OCS)). **Physical Therapy ; 94:776-791.**

## Cadre

De nombreux systèmes de classification diagnostique sont utilisés par des thérapeutes, mais nous ne connaissons ni les systèmes utilisés, ni la manière dont ces systèmes influencent nos décisions de traitement.

## Objectif

1. Examiner les classifications diagnostiques utilisées.
2. Déterminer la manière dont ces classifications influent sur le traitement.

## Conception

Etude transversale utilisant deux études de cas développées pour cette étude ; l'une traitant de lombalgie, l'autre de douleur d'épaule.

## Participants

Sur une période de six semaines, les études de cas et le questionnaire ont été envoyés par mail via SurveyMonkey à 877 kinésithérapeutes certifiés spécialistes en orthopédie aux USA. Sur les 135 réponses reçues, 107 (12 %) étaient suffisamment complétées pour permettre l'analyse des données. Le faible taux de réponse peut limiter la possibilité de généraliser ces résultats. La majorité (72 %) pratiquait depuis plus de 15 ans, 91 % en ambulatoire, et 55 % sont des hommes.

## Mesures des résultats

Type de système de classification ou de labellisation diagnostique utilisés pour les études de cas.

## Résultats

Les catégorisations les plus fréquentes pour les études de cas de dos sont la combinaison (49 %) et la pathologie (33 %). Pour les études de cas d'épaules, les catégorisations les plus fréquentes sont la pathologie (57 %) et la combinaison (35 %). Pour les études de cas de lombalgies, 47 % auraient utilisé la méthode McKenzie, 18 % la catégorisation patho-anatomique, 9 % le Système de Classification Fondée sur le Traitement, 1 % le Système de Trouble du Mouvement, 6.5 % la classification pratique

APTA, et 19 % un autre système de classification. Pour les études de cas d'épaule, 58 % aurait utilisé la catégorisation patho-anatomique, 17 % le modèle de pratique APTA, 4% le Système de Trouble du Mouvement, 3% la méthode McKenzie, et 19% un autre système de classification.

Le système de classification utilisé n'a pas eu d'influence sur les modes d'intervention utilisés, avec des schémas de traitement similaires pour des combinaisons et des catégorisations fondées sur la pathologie. Le traitement consistait majoritairement en des formes d'exercices ou de mobilisation d'articulations ou de tissus mous. Plus de 75 % ont signalé qu'ils utiliseraient des mobilisations, des exercices fonctionnels, une rééducation neuromusculaire et des étirements. Plus de 50 % ont dit avoir fait des mobilisations de tissus mous. Environ 30 % ont parlé d'exercices d'équilibre. Plus de 15 % ont parlé de modalités. Les interventions de traitement étaient très semblables pour les deux études de cas.

## Conclusion

Il existe peu d'homogénéité dans la manière dont les thérapeutes attribuent des catégorisations diagnostiques, et ces catégorisations ne semblent pas influencer le choix des interventions.

## Discussion

Parmi les thérapeutes ayant répondu, la méthode McKenzie était clairement souvent utilisée pour les patients présentant des lombalgies, mais pas pour les membres. De manière contre-intuitive, le système de classification n'a pas semblé influencer le traitement qu'ils auraient proposé. Cela pose la question suivante : à quoi bon utiliser un système de classification ?

<http://ptjournal.apta.org/content/94/6/776.short>



**Cakir S, Hepguler S, Ozturk C, Korkmaz M, Isleten B, Atamaz FC. (2014). Efficacité des ultrasons thérapeutiques dans la prise en charge d'arthrose de genoux. Essai contrôlé randomisé en double aveugle.** (Efficacy of therapeutic ultrasound for the management of knee osteoarthritis. A randomized, controlled, and double-blind study). *Am J Phys Med & Rehab*; 93:405-412.

## Cadre

Les modalités thermiques et électrothérapeutiques continuent d'être utilisées pour le traitement de patients présentant une arthrose de genou malgré des preuves limitées de leur efficacité.

## Objectif

Comparer l'efficacité de l'ultrason pulsé ou continu avec celle d'ultrasons placebo chez des patients présentant une arthrose de genou.

## Conception

Essai contrôlé randomisé.

## Patients

60 patients présentant une arthrose de genou avérée selon les critères de l'American College of Rheumatology, ont été randomisés dans l'un des trois groupes : ultrason continu, ultrason pulsé ou ultrason placebo.

## Interventions

Ultrason continu, ultrason pulsé ou ultrason placebo, cinq fois par semaine pendant deux semaines. Chaque groupe a également reçu un programme d'exercices à domicile comprenant des exercices de renforcement et d'étirement, à effectuer au moins trois fois par semaine.

## Mesure des résultats

Index WOMAC pour la douleur et la fonction à l'inclusion, à la fin du traitement, et à six mois.



## Résultats

Tous les groupes ont obtenu une amélioration significative lors des deux évaluations de suivi, mais sans différence significatives entre les groupes.

## Conclusion

Ces résultats suggèrent que les ultrasons thérapeutiques n'ont pas produit de preuve de leur bénéfice additionnel pour l'amélioration de la douleur et de la fonction lorsqu'ils sont couplés à un programme d'exercice. 60 patients présentant une arthrose de genou ont été randomisés en groupe d'ultrason continu, pulsé ou placebo en plus d'une prescription d'un programme d'exercices de renforcement à domicile. Tous les groupes ont montré une amélioration significative de la douleur et de la fonction, sans différence entre les groupes à six mois. Cette étude s'ajoute aux preuves existantes sur la valeur de l'exercice dans l'arthrose de genou. Elle contribue également à fournir des preuves de l'absence d'intérêt des ultrasons.

Les partisans de l'utilisation des ultrasons pourront suggérer qu'une intensité différente d'ultrason aurait pu être plus efficace. Les ultrasons continus et pulsés ont été appliqués avec une fréquence de 1 MHz et une intensité de  $1\text{W}/\text{cm}^2$ , sur une fréquence similaire avec un taux de pulsion de 1:4, selon les résultats d'études antérieures. Cependant, cela ne prend pas en compte le fait que plusieurs applications ont été évaluées et que celles-ci étaient comparées à une application placebo avec la machine éteinte, où les patients et les praticiens appliquant le traitement étaient en aveugle concernant le statut de la machine. Une taille d'échantillon a été mise en place afin que le nombre de patients, bien qu'apparemment peu élevé, soit suffisant pour pouvoir détecter une différence, si une différence apparaissait. Les patients avaient le droit de prendre des AINS et du paracétamol, leur utilisation étant plus élevée dans le groupe placebo.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24322433>

## COIN MARKETING & BUSINESS

### Les praticiens MDT sont-ils prêts à faire des consultations de patients en ligne ?

Yoav Suprun, PT, DPT, Dip. MDT, CSCS

Pour commencer, étudions quelques questions que vous pourriez vous poser :

1. Êtes-vous à l'aise pour faire une première évaluation alors que votre patient est à distance, de manière sécurisée (voir les conseils Helpouts – Google ci-dessous) ?
2. Pouvez-vous proposer Skype, Helpout – Google ou tout autre application en ligne pour le suivi de vos patients en déplacement ?
3. Qu'en est-il des patients dont vous arrêtez le traitement, mais qui souhaitent que vous les « voyez » au bout de trois ou six mois pour s'assurer qu'ils font bien leurs exercices ?
4. Quelles sont les implications légales des consultations de patients en ligne dans votre état/pays ?

La télémédecine se développe rapidement. Les dernières prévisions émises par Deloitte, une entreprise de renommée mondiale, indiquent que « près d'un médecin sur six sera virtuel cette année » (Mearian, L. 2014). Pour accéder au rapport complet de Deloitte, cliquez [ici](#).

La législation concernant l'aide et les conseils en ligne par des professionnels de santé est encore en cours de discussion à travers le monde. Helpouts – Google, par exemple, est un service de collaboration en ligne créé par Google qui a été mis en ligne en novembre 2013 et qui permet aux utilisateurs de partager leur expertise à travers des vidéos en direct et d'offrir de l'aide en temps réel depuis leurs ordinateurs ou tout autre appareil mobile.

Les praticiens, renommés « prestataires », qui offrent de l'aide à travers Helpouts – Google varient entre les grandes, moyennes et petites entreprises et les praticiens eux-mêmes. La langue maternelle des prestataires doit être l'anglais et ils doivent résider soit aux USA, au Canada, en Irlande, au Royaume-Uni, en Australie ou en Nouvelle-Zélande.

Les prestataires créent et entretiennent une liste expliquant ce qu'ils offrent, leurs qualifications, leurs prix et leurs disponibilités. Chaque liste offre un lien vers le calendrier Helpouts du prestataire. Le prestataire doit passer par le procédé de sélection de Google pour pouvoir bénéficier de ce service. Pour en savoir plus sur cet outil unique et innovant de Google, n'hésitez pas à vous rendre sur <https://helpouts.google.com/>.

Lançons une discussion sur ce sujet ! Pensez-vous qu'il soit temps de faire du MDT un prestataire de service en ligne majeur ? Avons-nous tous les outils nécessaires pour observer une perte d'amplitude et questionner nos patients sur la réponse de leurs symptômes à l'évaluation par répétition de mouvement sur nos ordinateurs ou nos appareils mobiles ?

Clinicien MDT internationaux : selon vous, quelle tendance se profile en terme de support de vidéo en direct en ligne dans vos pays respectifs ? Merci de partager votre expérience avec l'équipe éditoriale de MDT WorldPress. Lançons une discussion ouverte qui pourra nous permettre de partager nos expériences sur la façon dont le MDT peut fournir une offre de soin en ligne.

Envoyez-moi un mail à [yoav@sobespine.com](mailto:yoav@sobespine.com) pour partager votre opinion. Si vous préférez rester anonyme, dites-le moi simplement et votre nom ne sera pas diffusé.  
J'attends avec impatience de recevoir vos impressions !

#### Références:

Mearian, L. (8 August 2014). Almost one in six doctor visits will be virtual this year.  
<http://bit.ly/1r8pVBj>