

McKenzie-Konzept : klinische Muster im Fokus = Concept McKenzie : gros plans sur des essais cliniques

Autor(en): **Genucchi, Reto / Suff, Georg**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physioactive**

Band (Jahr): **55 (2019)**

Heft 4

PDF erstellt am: **11.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-928939>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

McKenzie-Konzept: klinische Muster im Fokus

Concept McKenzie: gros plans sur des essais cliniques

RETO GENUCCI, GEORG SUPP

Für die Behandlung von Bandscheibenproblemen denkt man rasch an die McKenzie-Methode. Dabei lehnt sich das Konzept an keine pathoanatomische Diagnosen an, sondern arbeitet nach klinischen Mustern. Ein Update und ein Fallbeispiel.

Diana ist 53 Jahre alt und arbeitet als Fortbildungsbeauftragte in einer Klinik vorwiegend am PC. In ihrer Freizeit reist sie viel und unternimmt grössere Bergtouren. Sie kommt mit der Diagnose radikuläres Reizsyndrom L5/S1. Das aktuelle MRI zeigt Diskusprotrusionen L4/5 und L5/S1. Sie klagt über konstante Schmerzen in der LWS und im Gesäss rechts sowie über intermittierende Ausstrahlungen ins rechte Bein bis Mitte Wade. Über den Befund des MRI ist sie sehr besorgt.

Ein Bandscheibenproblem? Das ist doch was für McKenzie ...

Dieser Satz klebt am McKenzie-Konzept etwa so penetrant wie ein Kaugummi am Schuh. Doch er ist ganz einfach falsch. Er stammt aus den frühen 1970er-Jahren, als das Konzept noch jung war und das Denkmodell der «verschobenen» Bandscheibe zu Hilfe genommen wurde. Im Gegensatz zu vielen anderen Therapiekonzepten hat Robin McKenzie nie ernsthaft versucht, seinen Therapieerfolg an einer einzelnen Struktur festzumachen.

Wenn es doch in der Physiotherapie nur so einfach wäre wie im Handwerk: Um einen Nagel in die Wand zu schlagen, brauche ich einen Hammer. Will ich ihn rausziehen, eine Beisszange. Für jedes Problem das geeignete Werkzeug. Und in der Physiotherapie: Für jede betroffene Struktur das passende Therapieverfahren, die richtige manuelle Technik, den perfekten Tapeverband, die adäquate Übung? Triggerpunkte, blockierte Gelenke, verklebte Faszien, Diskusprotrusionen, impulschwacher Liquor – das sollte alles mit dem jeweiligen Therapiewerkzeug zu richten sein. Ist es aber nicht. Warum? Weil das Prinzip von Hammer und Nagel nicht in die Physiotherapie übertragbar ist.

On a vite tendance à associer la méthode McKenzie au traitement des problèmes de disques intervertébraux. Pourtant, le concept ne s'appuie pas sur des diagnostics anatomo-pathologiques mais sur des essais cliniques. Une mise à jour et une étude de cas.

Diana a 53 ans et travaille comme chargée de formation dans une clinique, principalement sur ordinateur. Dans son temps libre, elle voyage beaucoup et fait de longues randonnées en montagne. Un syndrome d'irritation radiculaire L5 ou S1 lui a été diagnostiqué. Une IRM récente montre des protrusions discales au niveau de L4/5 et L5/S1. Elle se plaint de douleurs constantes dans la colonne lombaire et dans la fesse droite ainsi que d'irradiations intermittentes dans la jambe droite jusqu'au milieu du mollet. Elle est très préoccupée par les résultats de l'IRM.

Un problème de disque intervertébral? Voilà quelque chose pour McKenzie!

Cette phrase colle au concept McKenzie comme un chewing-gum à la chaussure. Et pourtant, elle est tout simplement fausse. Elle date du début des années 1970, à l'époque où le concept était encore jeune et que le modèle du disque intervertébral «déplacé» était utilisé. Contrairement à de nombreux autres concepts thérapeutiques, Robin McKenzie n'a jamais sérieusement essayé d'attribuer son succès thérapeutique à une seule structure.

Si seulement la physiothérapie était aussi simple que l'artisanat: pour enfoncer un clou dans un mur, j'ai besoin d'un marteau. Si je veux l'arracher, d'une pince. À chaque problème, l'outil adéquat. Et en physiothérapie: à chaque structure affectée, la bonne méthode thérapeutique, la bonne technique manuelle, la contention parfaite, l'exercice approprié? Les points trigger, les articulations bloquées, les fascias collés, les protrusions discales, le liquide céphalo-rachidien à faible poids – tout devrait être réglé avec l'outil thérapeutique correspondant. Mais ce n'est pas le cas. Pourquoi? Parce que le principe du marteau et du clou ne peut être transféré en physiothérapie.

Weshalb McKenzie keine pathoanatomischen Diagnosen benutzt

Folgende drei Gründe sprechen gegen Strukturdiagnosen:

Fehlende Kriterien: Jede innervierte Struktur der Wirbelsäule ist eine potenzielle Schmerzquelle. Seit Jahrzehnten versuchen Forscher auch in der Physiotherapie ohne Erfolg, das pathomorphologische Substrat von Rückenschmerzen zu ergründen. Bei akutem Rückenschmerz funktioniert das nicht und beim chronischen schon gar nicht. Strukturdiagnosen sind bei chronischen Rückenschmerzen meist unmöglich [1] und fast immer schädlich [2].

Fehlende Evidenz zu spezifischer Strukturbehandlung:

Die Physiotherapie verfügt in den meisten Fällen nicht über das Know-how, um selektiv spezifische Strukturen der Wirbelsäule (z. B. Bandscheiben) konservativ zu behandeln. Weder Übungen noch manuelle Techniken konnten bis jetzt die Evidenz erbringen, eine spezifische Struktur der Wirbelsäule zu isolieren und erfolgreich zu behandeln. Im Kontext eines biopsychosozialen Schmerzverständnisses macht ein Management, das einzelne Körperstrukturen beeinflussen will, auch gar keinen Sinn [3].

Fehlende Beziehung zwischen Pathologie und Schmerz:

Trotz eindeutiger Aussagen nationaler und internationaler Leitlinien spielt Bildgebung immer noch eine übergrösse Rolle [16, 17, 18]. Dabei sind falsch positive Befunde jedoch die Regel [4, 19, 20]. Bildbefunde bergen konkrete Gefahren: unverhältnismässige medizinische Interventionen [21] sowie ungünstige Glaubenssätze und Fehlinterpretationen durch die Patienten selbst [5].

Diskusdegeneration, Spondylarthrosen, Annulusfissuren, Protrusionen und ähnliche Veränderungen der Wirbelsäule kommen bei asymptomatischen Menschen sehr häufig vor, nehmen mit dem Alter zu und korrelieren nicht mit Schmerzen (*Abbildung 1*).

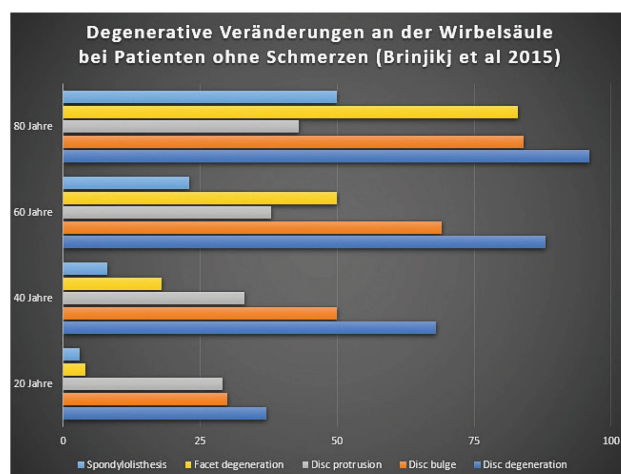


Abbildung 1: Degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule bei Menschen ohne Schmerzen [4]. | Illustration 1: Modifications de la colonne de type dégénératif chez des personnes asymptomatiques.

Pourquoi McKenzie n'utilise pas les diagnostics patho-anatomiques

Les trois raisons suivantes vont à l'encontre du diagnostic structurel:

Des critères manquants: toute structure innervée de la colonne vertébrale est une source potentielle de douleur. Depuis des décennies, les chercheurs en physiothérapie tentent sans succès de comprendre le substrat patho-morphologique du mal de dos. Cela ne fonctionne pas avec les rachialgies aiguës, encore moins avec les rachialgies chroniques. Les diagnostics structurels en cas de douleurs dorsales chroniques sont généralement impossibles [1] et presque toujours nuisibles [2].

Un manque de preuves en faveur d'un traitement structurel spécifique:

dans la plupart des cas, la physiothérapie ne dispose pas du savoir-faire nécessaire pour traiter sélectivement des structures spécifiques de la colonne vertébrale (p. ex. les disques intervertébraux) de façon conservatrice. Jusqu'à présent, ni les exercices, ni les techniques de thérapie manuelles n'ont apporté de preuves montrant qu'ils isolaient et traitaient avec succès une structure spécifique de la colonne vertébrale. Dans le contexte d'une compréhension biopsychosociale de la douleur, une gestion visant à influencer certaines structures corporelles isolées n'a aucun sens [3].

Une absence de lien entre la pathologie et la douleur:

malgré des directives nationales et internationales claires, l'imagerie conserve un rôle majeur [16, 17, 18]. Pourtant, elle présente régulièrement des résultats faussement positifs [4, 19, 20]. Les résultats d'imagerie impliquent des dangers concrets: des interventions médicales disproportionnées [21] ainsi que des croyances défavorables et des interprétations erronées de la part des patients eux-mêmes [5].

La dégénérescence discale, les protrusions, les fissures de l'anneau fibreux, la spondylarthrose et autres modifications similaires de la colonne vertébrale surviennent très souvent chez des personnes asymptomatiques, augmentent avec l'âge et n'impliquent aucune douleur (*illustration 1*).

Souvent – comme dans le cas de Diana –, il n'est pas possible de prouver que les résultats radiologiques sont liés à la douleur. Par conséquent, le traitement de Diana ne peut être fondé sur ces résultats. Les explications patho-anatomiques peuvent aussi avoir un effet négatif sur les convictions et les attitudes des patients à l'égard de leur diagnostic [6].

Échantillons cliniques comme alternative aux classifications patho-anatomiques

La flexion, l'extension et la rotation ont des effets caractéristiques sur le disque, les facettes articulaires, le canal rachidien, les nerfs périphériques et les muscles. Si les symptômes des patients s'améliorent ou s'aggravent à la suite de

Oft ist es – wie in Dianas Fall – nicht möglich, zu beweisen, dass die radiologischen Befunde mit den Schmerzen zusammenhängen. Deshalb kann Dianas Behandlung auch nicht auf diesen Befunden basieren. Pathoanatomische Erklärungen können sich auch nachteilig auf die Überzeugungen und Einstellungen von Patienten zu ihrer Diagnose auswirken [6].

Klinische Muster als Alternative für pathoanatomische Klassifizierungen

Flexion, Extension, Rotation haben charakteristische Effekte auf Diskus, Facettengelenke, Spinalkanal, periphere Nerven und Muskeln. Wenn sich Symptome von Patienten durch diese Bewegungen verbessern oder verschlechtern, können wir diese Veränderung der Symptome nicht einer bestimmten Struktur zuordnen.

Untersuchungen zeigen, dass die meisten Menschen viel mehr Zeit in Flexion verbringen und oft endgradige Flexionen ausführen, endgradige Extension hingegen sehr selten [7, 22]. Es gibt eine gewisse Evidenz, dass Kreuzschmerzpatienten signifikant mehr Zeit in Flexion verbringen und wenig in Extension im Vergleich zu Menschen ohne Kreuzschmerz.

Durch Zufall entdeckte Robin A. McKenzie, dass aktive, repetierte Bewegungen und Belastungen der LWS spezifische klinische Muster zeigen können. 25 Jahre lang sammelte er Erfahrungen und Daten, analysierte die vorhandene Literatur und tauschte sich mit Fachleuten aus. Dabei entdeckte er das Prinzip der «Directional Preference» und das Zentralisationsphänomen. 1981 stellte er sein System in seinem ersten Buch vor [8].

Die McKenzie-Methode

Die McKenzie-Methode ist ein Assessment- und Behandlungssystem. Es klassifiziert Patienten mit muskuloskeletalen Beschwerden in klinische Subgruppen. Ausgebildete McKenzie-TherapeutInnen identifizieren die Subgruppen durch eine standardisierte Anamnese und repetierte, endgradige Belastungstests. Begriffe wie Directional Preference und Zentralisation helfen, Bewegung in die «richtige Richtung» zu identifizieren. Ihr prognostischer und therapeutischer Wert sind mittlerweile gut untersucht [9, 10, 11, 23].

Eine der von McKenzie definierten Subgruppen ist das Derangement-Syndrom. Während der Untersuchung mit repetierten Bewegungstests zeigt das Derangement typischerweise eine Directional Preference: eine Bewegungsrichtung oder eine gehaltene Position, welche die Symptome reduziert, eliminiert oder zentralisiert. Bei Zentralisation verschwinden distale Schmerzen, in der LWS können sie sich verstärken.

Diese Klassifizierung führt zu einem patientenspezifischen Behandlungsprogramm, das individuelles Selbstmanagement von muskuloskeletalen Beschwerden betont. Eine wesentliche Stärke des Konzepts ist das konsequente Miteinbeziehen der Patienten. Sie sind aufgefordert, Selbstverantwortung für ihre Beschwerden zu übernehmen. An-



PatientInnen mit Kreuzschmerz scheinen mehr Zeit in Flexion zu verbringen als Gesunde. | Les patient-e-s atteint-e-s de douleurs lombaires semblent passer beaucoup de temps en flexion par rapport aux personnes qui n'en sont pas atteintes.

ces mouvements, nous ne pouvons attribuer cette modification des symptômes à une structure particulière.

Des études montrent que la plupart des gens passent beaucoup plus de temps en flexion et effectuent souvent des flexions finales, alors que l'extension finale est très rare [7, 22]. Certaines données indiquent que les patients atteints de douleurs lombaires passent beaucoup plus de temps en flexion et moins en extension que ceux qui n'en sont pas atteints.

Robin A. McKenzie a découvert par hasard que les mouvements et charges répétitifs actifs de la colonne lombaire peuvent présenter des schémas cliniques spécifiques. Pendant 25 ans, il a recueilli des expériences et des données, analysé la littérature existante et échangé ses points de vue avec des experts. Il découvre alors le principe de la «préférence directionnelle» et le phénomène de la centralisation. En 1981, il présente son système dans son premier livre [8].

La méthode McKenzie

La méthode McKenzie est un système d'évaluation et de traitement. Elle classe les patients atteints de douleurs musculo-squelettiques en sous-groupes cliniques. Les thérapeutes au bénéfice d'une formation à la méthode McKenzie identifient ces sous-groupes par une anamnèse standardisée et des tests de charge finaux répétés. Des termes tels que la préférence directionnelle et la centralisation aident à identifier les mouvements dans la «bonne direction». Leur valeur pronostique et thérapeutique est bien étudiée [9, 10, 11, 23].

L'un des sous-groupes définis par McKenzie est le syndrome de dérangement. Au cours d'un examen incluant un test de mouvement répété, le dérangement montre généralement une préférence directionnelle: une direction de mouvement ou une position maintenue qui réduit, élimine ou centralise les symptômes. Lors de la centralisation, la douleur distale disparaît et peut augmenter dans la colonne lombaire.

Cette classification mène à un programme de traitement spécifique du patient qui met l'accent sur l'autogestion des troubles musculo-squelettiques. L'un des principaux points forts du concept est la participation conséquente des pa-

stelle von pathoanatomischen Erklärungen instruiert eine McKenzie-Therapeutin ihren Patienten praktikable Haltungs- und Bewegungsstrategien. Das aktive, bewegungsorientierte Management wirkt auf die Patienten ermutigend und angstabbauend. Sie erleben, dass sie ihr Problem selbst und unabhängig in den Griff kriegen können.

Hält das Konzept wissenschaftlichen Gütekriterien stand?

Wissenschaftliche Forschung unterstützt die Reliabilität des McKenzie-Systems [12, 13, 24, 25] und die Validität des diagnostischen Prozesses [14, 15]. Das Konzept von Directional Preference und Zentralisation ist so überzeugend, dass mittlerweile viele Forscher die beiden Begriffe in ihre Klassifizierungssysteme übernommen haben. Für Therapeuten kann es sehr befreiend sein, sich vom Zwang zur Strukturdiagnose zu befreien und trotzdem spezifisch zu behandeln. Wie diese Erkenntnisse Diana weiterhelfen, erfahren Sie im nachfolgenden Fallbeschrieb. |

tients. Ils sont encouragés à assumer la responsabilité de leurs douleurs. Plutôt que de fournir des explications pathoanatomiques, les thérapeutes McKenzie enseignent à leurs patients des stratégies pratiques de posture et de mouvement. La prise en charge active, axée sur le mouvement, a un effet stimulant sur les patients tout en apaisant leurs craintes. Ils découvrent qu'ils peuvent maîtriser leur problème eux-mêmes, de façon autonome.

Le concept répond-il aux critères scientifiques de qualité?

La recherche scientifique va dans le sens de la fiabilité du système McKenzie [12, 13, 24, 25] et de la validité du processus diagnostique [14, 15]. Les concepts de préférence directionnelle et de centralisation sont si convaincants que de nombreux chercheurs ont désormais adopté les deux termes dans leurs systèmes de classification. Il peut être très libérateur pour les thérapeutes de se dégager de la contrainte de faire des diagnostics structurels tout en fournissant malgré tout un traitement spécifique. L'étude de cas suivante décrit comment ces résultats peuvent aider Diana. |

Literatur (Auswahl*) | Bibliographie (sélection*)

1. Maher Chris; Underwood Martin; Buchbinder Rachelle (2017): Non-specific low back pain. In: *The Lancet* 389 (10070), S. 736–747. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30970-9.
 2. Flynn Timothy W; Smith Britt; Chou Roger (2011): Appropriate use of diagnostic imaging in low back pain: a reminder that unnecessary imaging may do as much harm as good. In: *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy* 41 (11), S. 838–846. DOI: 10.2519/jospt.2011.3618.
 3. Tousignant-Laflamme Yannick; Martel Marc Olivier; Joshi Anand B; Cook Chad E (2017): Rehabilitation management of low back pain - it's time to pull it all together! In: *Journal of pain research* 10, S. 2373–2385. DOI: 10.2147/JPR.S146485.
 4. Brinjikij W; Luetmer P H; Comstock B; Bresnahan B W; Chen L E; Deyo R A et al. (2015): Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. In: *AJNR. American journal of neuroradiology* 36 (4), S. 811–816. DOI: 10.3174/ajnr.A4173.
 5. Sloan Tim John; Walsh David Andrew (2010): Explanatory and diagnostic labels and perceived prognosis in chronic low back pain. In: *Spine* 35 (21), E1120-5. DOI: 10.1097/BRS.0b013e3181e089a9.
 6. Darlow Ben; Dowell Anthony; Baxter G David; Mathieson Fiona; Perry Meredith; Dean Sarah (2013): The enduring impact of what clinicians say to people with low back pain. In: *Annals of family medicine* 11 (6), S. 527–534. DOI: 10.1370/afm.1518.
 7. Bakker Eric W P; Verhagen Arianne P; Lucas Cees; Koning Hans J C M F; Haan Rob J de; Koes Bart W (2007): Daily spinal mechanical loading as a risk factor for acute non-specific low back pain: a case-control study using the 24-Hour Schedule. In: *European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society* 16 (1), S. 107–113. DOI: 10.1007/s00586-006-0111-2.
 8. McKenzie Robin A (1981): *The lumbar spine. Mechanical diagnosis and therapy.* [Reprinted]. Waikanae: Spinal Publications.
 9. May Stephen; Runge Nils; Aina Alessandro (2018): Centralization and directional preference: An updated systematic review with synthesis of previous evidence. In: *Musculoskeletal science & practice* 38, S. 53–62. DOI: 10.1016/j.msksp.2018.09.006.
 10. Long Audrey; Donelson Ron; Fung Tak (2004): Does it matter which exercise? A randomized control trial of exercise for low back pain. In: *Spine* 29 (23), S. 2593–2602.
 11. Lam Olivier T; Strenger David M; Chan-Fee Matthew; Pham Paul Thuong; Preuss Richard A; Robbins Shawn M (2018): Effectiveness of the McKenzie Method of Mechanical Diagnosis and Therapy for Treating Low Back Pain: Literature Review With Meta-analysis. In: *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy* 48 (6), S. 476–490. DOI: 10.2519/jospt.2018.7562.
 12. Garcia Alessandra Narciso; Costa Lucíola da Cunha Menezes; Souza Fabrício Soares de; Almeida Matheus Oliveira de; Araujo Amanda Costa; Hancock Mark; Costa Leonardo Oliveira Pena (2018): Reliability of Mechanical Diagnosis and Therapy System in Patients With Spinal Pain: A Systematic Review. In: *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, S. 1–39. DOI:
 13. Willis Sean; Rosedale Richard; Rastogi Ravi; Robbins Shawn M (2017): Inter-rater reliability of the McKenzie System of Mechanical Diagnosis and Therapy in the examination of the knee. In: *The Journal of manual & manipulative therapy* 25 (2), S. 83–90. DOI: 10.1080/10669817.2016.1229396.
 14. Werneke Mark W; Hart Dennis; Oliver Dave; McGill Troy; Grigsby David; Ward Jason, et al. (2010): Prevalence of classification methods for patients with lumbar impairments using the McKenzie syndromes, pain pattern, manipulation, and stabilization clinical prediction rules. In: *The Journal of manual & manipulative therapy* 18 (4), S. 197–204. DOI: 10.1179/106698110X12804993426965.
 15. Apeldoorn Adri T; van Helvoirt Hans; Meihuizen Hanneke; Tempelman Henk; Vandeput David; Knol Dirk L, et al. (2016): The Influence of Centralization and Directional Preference on Spinal Control in Patients With Nonspecific Low Back Pain. In: *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy* 46 (4), S. 258–269. DOI: 10.2519/jospt.2016.6158.
- * Das vollständige Literaturverzeichnis kann bestellt werden: redaktion@physioswiss.ch
- * La bibliographie complète peut être commandée auprès de: redaktion@physioswiss.ch