Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Article original

Rééducation des lombosciatiques communes (LSC) par la méthode de McKenzie : résultats fonctionnels

Rehabilitation of common lumbosciatic conditions using the McKenzie method: functional outcomes

JDM Bombo*[1], RG Koffi[1], CN Sie[1], A Tia[1], G Ehouman[1], SL Seri[2], BDA Alloh[1]

Résumé

Objectif : évaluer les résultats fonctionnels de la rééducation par la méthode de McKenzie chez les patients souffrants de LSC par hernie discale.

Méthodologie : étude de cohorte prospective sur une période de 6 mois dans les services de MPR du CHU de Angré et de l'Hôpital Mère-enfant de Bingerville portant sur 42 patients souffrant de LSC par hernie discale confirmé à l'imagerie. Le protocole de soin par la méthode de McKenzie a été appliqué à l'ensemble des patients avec un contrôle à 1 mois et à 3 mois. Les critères de jugement étaient la sédation de la douleur, le niveau de gêne fonctionnelle et le délai de récidive. Les outils d'évaluation étaient les échelles EFEIL et DALLAS.

Résultats : notre population avait un âge moyen de 47,69 ans avec une prédominance féminine (71,4%). Sa corpulence moyenne était de 27,50 Kg/m2 et 88,1% des patients ne pratiquaient pas d'activités physiques régulières. Les fonctionnaires étaient les plus représentés, soit 57,2% de l'effectif. Cliniquement, 69% des patients avaient reçu un traitement médicamenteux exclusif avant l'étude. Ils présentaient surtout une LSC chronique (73,8%) d'intensité moyenne 5,59 à l'EVA et de trajet radiculaire L5 (45,2%). Après le début du traitement, tous les patients ont été soulagé dans un délai moyen de 11, 48 jours et l'amélioration fonctionnelle était statistiquement significative entre la fin du traitement et les contrôles. Cependant 69,1% des patients ont récidivés dans un délai moyen de 45,5 jours ; la non-observance des recommandations d'auto-rééducation en était la principale cause.

Conclusion : la méthode de McKenzie produit des résultats fonctionnels prometteurs chez les patients souffrant de LSC par hernie discale à court et moyen terme. L'école du dos présenterait un intérêt afin de pérenniser les acquis de cette méthode sur le long terme.

Mots-clés : Rééducation, Lombosciatiques communes, Méthode de McKenzie, Résultats fonctionnels.

Abstract

Objective: To evaluate the functional results of rehabilitation by the McKenzie method in patients suffering from Common lombosciatica (CLS) by herniated disc.

Methodology: Prospective cohort study over a 6-month period in the PRM departments of the UHC of Angré and the Mother-Child Hospital of Bingerville on 42 patients suffering from CLS by herniated disc confirmed by imaging. The McKenzie method of care protocol was applied to all patients with a check-up at 1 month and 3 months. The outcomes were pain sedation, level of functional discomfort and time to recurrence. The assessment tools were the EFEIL and DALLAS scales.

Results: Our population had an average age of 47.69 years with a female predominance (71.4%). Her average build was 27.50 kg / m2 and 88.1% of patients did not engage in regular physical activity. Civil servants were the most represented, accounting for 57.2% of the workforce. Clinically, 69% of patients had received proprietary drug therapy prior to the study. They mainly presented with chronic CLS (73.8%) of mean intensity 5.59 on VAS and L5 root path (45.2%). After the start of treatment, all patients were relieved within an average of 11, 48 days and the improvement in function was statistically significant between the end of treatment and the controls. However, 69.1% of patients relapsed within an average of 45.5 days; the main cause was non-compliance with self-rehabilitation recommendations.

Conclusion: McKenzie's method promising functional results in patients suffering from CLS by herniated disc in the short and medium term. The back school would be of interest in order to perpetuate the achievements of this method over the long term.

Key words: Rehabilitation, Common low back pain, McKenzie method, Functional results.

Introduction

La lombalgie est la forme la plus répandue de trouble musculosquelettique. Selon les données statistiques publiées, 70 à 85 % des gens souffrent de lombalgie à un certain stade de leur vie [1,2]. La lombalgie est un motif de consultation fréquent en pratique courante dans le monde entier [3]. Seul 39 à 76 % des patients se rétablissent complètement après un épisode douloureux aigu [4]. La lombosciatique dans sa forme commune de mécanisme dégénératif, résulte le plus souvent d'un conflit disco-radiculaire L4-L5 dont les étiologies sont dominées par les hernies discales (47%). En Côte d'Ivoire, la LSC par hernie discale représente 30% des consultations de Rhumatologie. Selon l'OMS, elle est responsable de 15% d'absentéisme chez les travailleurs de force en raison de l'incapacité professionnelle qu'elle procure. Diverses études témoignent qu'elle constitue également un problème majeur en milieu de travail en raison des conséquences socioprofessionnelles importantes et du coût élevé induit pour la société par l'absentéisme et par la prise en charge médicale.[5] La LSC est un véritable problème de santé publique. Les traitements pour cette affection vont du traitement médicamenteux à la rééducation fonctionnelle ou la chirurgie. Dans cette prise en charge multidisciplinaire la rééducation occupe une place importante. [4]

La méthode McKenzie est l'une des nombreuses modalités de traitement de la lombalgie en rééducation. Elle est un système de diagnostic mécanique et de gestion des syndromes douloureux rachidiens, basé sur une évaluation complète et reproductible. Elle s'appuie aussi sur la connaissance des modèles de symptômes ainsi que sur les notions de direction préférentielle et de phénomène de centralisation. Cette méthode se concentre sur les troubles du disque intervertébral [8]. En effet une revue systématique sur l'efficacité de la méthode de McKenzie pour les rachialgies a été publiée en 2004 à partir de 24 études. Elle concluait que la méthode McKenzie permettait

d'obtenir une meilleure amélioration symptomatique et fonctionnelle à court terme par rapport aux approches auxquelles elle a été comparée pour la colonne lombaire.

En revanche des études supplémentaires seraient nécessaires pour établir avec certitude la pérennité à long terme de la méthode. Le but de notre travail était d'analyser l'apport de la méthode de McKenzie sur le retentissement fonctionnel des patients souffrant de lombosciatique commune par hernie discale.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude de cohorte prospective réalisée sur une période de 6 mois allant de novembre 2018 à avril 2019. Elle s'est déroulée dans les services de MPR du CHU de Angré et de l'Hôpital Mère-enfant de Bingerville. La population cible de notre étude était l'ensemble des patients souffrants de lombosciatique commune (LSC) par hernie discale confirmé à l'imagerie (TDM). Étaient inclus dans notre étude les patients atteints de lombosciatique commune par hernie discale quel que soit l'âge, le sexe, le nombre d'épisode de crise douloureuse et le type de traitement antérieur, ainsi que les patients ayant donné leur consentement verbal pour l'étude. Les patients ayant d'autres pathologies dégénératives associées, les patients n'ayant pas suivi le protocole thérapeutique ainsi que ceux qui avaient été perdu de vu n'ont pas été inclus dans l'étude. La taille de notre échantillon a été déterminée par la formule suivante : $n = [t^2 \times p \times (1-p)] / m^2 = 42$. Les données de notre étude ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire détaillé composé d'une fiche d'enquête et des fiches dévaluation fonctionnelle selon l'échelle EIFEL et l'échelle DALAS. Le protocole de soin par la méthode de McKenzie a été appliqué à l'ensemble des patients sur une période de 6 semaines avec un contrôle à 1 mois puis à 3 mois après le traitement. Les critères de jugement étaient la sédation de la douleur, le niveau de gêne fonctionnelle et le délai de récidive. La saisie des données a été faite sur Epi-info 3.5.4.les tableaux et graphes ont été traité par un tableur Excel version 2007 et le logiciel Epi-info 3.5.4. Pour les variables qualitatives, nous avons effectué un calcule de proportion. Concernant les variables quantitatives, nous avons effectué un calcul de moyenne et d'écart-types et pour certaines d'entre elle nous avons précisé la valeur médiane, les extrêmes et la variance. Nous avons utilisé le test-t de Student pour la comparaison des moyennes avec un seuil de significativité fixé à 5%. Pour les tableaux de contingence, le test du Khi 2 d'indépendance a été appliqué pour les effectifs théoriques > 5 et le test du Khi 2 corrigé de Yates pour les effectifs théoriques < 5, avec un seuil de significativité à 5%.

Résultats

Notre population avait un âge moyen de 47,69 ans avec une prédominance féminine (71,4%). La corpulence moyenne de la population d'étude était de 27,50 Kg/m2 et 88,1% des patients ne pratiquaient pas d'activités physiques régulières. Les fonctionnaires étaient les plus représentés, soit 57,2% de l'effectif. Cliniquement, 69% des patients avaient reçu un traitement médicamenteux exclusif avant l'étude. Ils présentaient surtout une LSC chronique (73,8%) d'intensité moyenne 5,59 à l'EVA et de trajet radiculaire L5 (45,2%). Après le début du traitement, tous les patients ont été soulagé dans un délai moyen de 11, 48 jours (Tableau I) et l'amélioration fonctionnelle était statistiquement significative entre la fin du traitement (Tableau II et III) et les contrôles (Tableau II et III). Cependant 69,1% des patients ont récidivés dans un délai moyen de 45,5 jours. (Tableau IV)

Tableau I : Comparaison des patients atteints de lombosciatique commune en fonction de l'intensité, de l'ancienneté de la douleur et du délai de l'accalmie.

Paramètres	Délai d'Accalmie			
	01 semaine (N = 19)	02 semaines (N = 20)	03 semaines (N = 02)	04 semaines (N = 01)
Intensité de la douleur				
[0-3] (n_1 = 04)	03 (75%)	01 (25%)	-	-
] 3-6] (n_2 = 24)	12 (50%)	10 (41,6)	01 (04,2%)	01 (04,2%)
] 6-10] (n_3 = 14)	04 (28,6)	09 (64,3%)	01 (07,1%)	-
Khi 2 corrigé	1,51	1,27	0,69	2,01
P-value	0,47	0,5	0,7	0,37
Ancienneté de la douleur				
LSC < 3 mois (n_1 = 11)	06 (54,5%)	04 (63,4%)	-	01 (09,1%)
LSC > 3 mois (n_2 = 31)	13 (41,9%)	16 (51,6%)	02 (06,5%)	-
Khi 2 corrigé	0,14	0,76	0,0014	0,30
P-value	0,71	0,38	0,97	0,58

Tableau II : Comparaison du retentissement fonctionnel chez les patients selon l'échelle de EIFEL

Paramètres	EIFEL d1	EIFEL d2	EIFEL d3
Moyennes	6,64	6,88	7,90
Variances	11,6	15,52	15,26
Écart-types	3,34	3,94	3,91
Valeur ***t***	12,88	11,32	13,09
P-Value	<<0,001	<<0,001	<<0,001

Tableau III : Comparaison du retentissement fonctionnel chez les patients selon l'échelle de Dallas

Paramètres	Dallas d1	Dallas d2	Dallas d3
Moyennes	25,17	28,84	29,88
Variances	285,46	338,53	364,25
Écart-types	16,89	18,40	19,08
Valeur t	9,66	10,16	
P-Value	<<0,001	<<0,001	<<0,001

Tableau IV : Corrélation entre certains paramètres (l'ancienneté de la douleur, le sexe, l'âge) et la survenue de récidive.

Paramètres	Survenue de récidives		
	Récidives (N = 26)	**Pas de récidives (N = 16)**	**Khi 2 corrigé (P-value)**
Ancienneté de la douleur			
LSC < 3 mois (n_1 = 11)	04 (36,4%)	07 (63,6%)	2,77
LSC > 3 mois (n_2 = 31)	22 (71%)	09 (29%)	0,09
Sexe			
Féminin (n_1 = 30)	19 (63,3%)	11 (36,7%)	0,00275
Masculin (n_2 = 12)	07 (58,3%)	05 (41,7%)	0,96
Classe d'âge			
] 20 ; 40] ans (n_1 = 14)	07 (50%)	07 (50%)	2,10
] 40 ; 60] ans (n_2 = 23)	14 (60,9%)	09 (39,1%)	0,35
] 60 ; 90] ans (n_3 = 05)	05 (100%)	-	-

Discussion

Bien que les résultats de notre étude semblent encourageants, cette étude comporte des limites. En effet lors de notre revue de littérature, nous avons été confrontés à une insuffisance de données dans la littérature africaine sur la méthode de McKenzie, utilisée comme traitement des lombosciatiques communes. L'un des centres de l'étude, notamment hôpital mère-enfant de Bingerville, constituait un biais de sélection. Le recrutement des patients dans ce centre pourrait expliquer que notre population soit à prédominance féminine. De ce fait les résultats de cette étude sont limités dans sa représentativité de la population cible. En ce qui concerne notre population d'étude, il est vrai que sa faible taille réduit la puissance des tests statistiques, toutefois cette taille pourrait s'expliquer par le fait que la méthode de McKenzie de par sa définition opérationnelle se focalise sur un type particulier de lombosciatique commune à savoir celles secondaires à une atteinte discale [26].

Au cours de notre étude la classe d'âge la plus représentée a été celle des adultes âgés de 40 à 60 ans et l'âge moyen a été de 47,69 ± 12,84 ans. Nos résultats concordent avec les résultats de plusieurs auteurs africains et occidentaux qui ont retrouvés des âges moyens allant de 40 à 60 ans lors de leurs études [6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14]. Il ressort de la littérature que les lombosciatiques communes seraient en rapport avec des situations dégénératives au niveau du rachis lombaire notamment une usure du disque intervertébral qui débute vers la vingtième année de vie [15]. Ceci pourrait expliquer les résultats obtenus dans notre étude.

Notre population était dominée par les sujets de sexe féminin. Dans la revue de littérature, le sex-ratio varie d'une étude à une autre. En effet, Ouédraogo et al en Côte d'Ivoire en 2007 [4] avaient retrouvé 58% de femme dans la population d'étude. Alagnide et al au Bénin en 2017 [9] avaient trouvé une prédominance féminine à 61%. Par contre, Diomandé et al en côte d'Ivoire avaient retrouvé en 2013 [7], un effectif composé de 56,4% d'homme, comme c'est aussi le cas de AS Mohamed et al. A Dakar qui retrouvait 60,7% d'homme [5]. Cette forte prédominance féminine observée dans notre étude pourrait s'expliquer par la sélection de patients dans l'un de nos cadres d'étude qu'est l'hôpital Mère-enfant de Bingerville.

Il s'agit d'une structure dédiée à la santé maternelle en priorité. Par ailleurs, cette observation pourrait être due au fait que les femmes subissent plusieurs facteurs d'exposition aux lombosciatiques tels que l'hyperlordose lombaire, les grossesses, les activités ménagères, la ménopause [9].

La corpulence était dans 76% des cas anormale dans notre étude. L'IMC moyen a été de 27,50 kg/m2 ± 4,79 kg/m2. La proportion des patients en surpoids était de 43% et des patients obèses 28%. Ces résultats concordaient avec les données de la littérature. En effet, Ouédraogo et al avaient retrouvé un IMC moyen de 26,2 kg/m2 lors de leur étude [4]. Aussi, Alagnide et al. au Benin en 2017 retrouvaient 37,34% de patients en surpoids et 33,33% de patients obèses [9]. Au Cameroun en 2007, Singwe-Ngandeu et al, dans une étude portant uniquement sur les femmes avaient retrouvé 83,33% de corpulence anormale [16]. Meredith et al, en chine allaient dans le même sens [18]. Ces observations viennent corroborer celle de plusieurs auteurs qui ont rapporté que le surpoids et/ou l'obésité faciliteraient la survenue de lombalgies [4, 5, 17].

Concernant la catégorie socio-professionnelle, notre étude a enregistré 57,2% de fonctionnaires et 14,2% de retraités. La même information a été relatée par Kpadonou et al ainsi que Alagnide et al avec une nette prédominance de fonctionnaire [9,11]. En CI, Diomandé et al en 2013 avaient retrouvé 30,8% de fonctionnaires et autant de patients exerçants des professions libérales dans leur étude [7]. Nos résultats pourraient être en rapport, non pas avec une plus grande exposition de cette catégorie socioprofessionnelle aux lombalgies et lombosciatique communes, mais plutôt avec leur facilité d'accès aux offres de soins en milieu hospitalier vu qu'ils bénéficient généralement d'une assurance maladie [9].

Dans notre étude 88,1% de patients n'avaient pas une pratique d'activité physique régulière. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature des travaux mettant en relation lombosciatiques communes et pratique physique régulière. Cependant, la régularité de l'activité physique est un élément essentiel afin d'éviter le surpoids et l'obésité qui seraient des facteurs favorisants de lombosciatique commune [4, 5, 17]. En effet, la méthode de McKenzie est basée essentiellement sur des exercices d'auto-rééducation [19]. Cela implique que nos patients doivent avoir une bonne observance afin d'être moins douloureux et d'avoir une autonomie de vie satisfaisante. L'école du dos serait une solution pour améliorer l'observance de nos patients. En effet une étude randomisée de 476 lombalgique chronique suivi à long terme entre un an et demi et deux ans et demi après le traitement, montre clairement que l'accomplissement d'exercices du rachis se faisait de façon plus régulière dans le groupe « école du dos » que dans le groupe qui avait reçu des instructions écrites et orales sur les exercices du dos et des conseils ergonomiques. [20] Aussi, d'autres études montrent que l'école du dos ont un impact beaucoup plus important sur les modifications d'attitude et de comportement des patients, et ce à long terme. [21]

Avant leur prise en charge fonctionnelle par la méthode de McKenzie, les patients de notre étude avaient reçu divers traitements. Il s'agissait surtout de traitement médicamenteux exclusif dans environ 2/3 des cas. Ceci rejoint les observations faites en Côte d'Ivoire [7] par Diomandé et al et au Bénin en 2017 par Alagnide et al [9]. Ces résultats pourraient s'expliquer par le parcours normal de soins. En effet, face à une lombosciatique commune inaugurale, les patients qui consultent sont très souvent soumis à un traitement médicamenteux anti-inflammatoire en première intention ; ce n'est que devant la chronicisation ou l'aggravation du tableau clinique que d'autres thérapeutiques sont envisagées et discutées.

La majorité des lombosciatiques communes rencontrées dans notre étude évoluait depuis plus de 3 mois. En effet 73,8% de nos patients présentaient une lombosciatique chronique. Alagnide et al lors de deux études en 2017, ont mis en évidence des LSC chroniques dans au moins 2/3 des cas qu'ils avaient colligés [5, 9].

Sur le plan topographique, notre échantillon avait majoritairement une LSC de trajet L5 à 45,2%. Le

trajet S1 représentait 31%. Ces observations sont similaires à celles de Diomandé et al [7]. Ceci confirme ainsi que les disques L4-L5 et L5-S1 sont les plus touchés, en raison de l'importance des contraintes et des pressions qui s'y exercent. Concernant l'intensité douloureuse à l'EVA, plus de la moitié de nos patients ressentaient une douleur modérée, soit 57,2%. Nos résultats pourraient s'expliquer par le parcours de thérapeutique de nos patients. En effet, ceux-ci avaient majoritairement bénéficié d'une consultation médicale et reçu divers traitements antérieurs avant leur inclusion dans notre étude ; ce qui aurait pu modifier le ressenti douloureux lors de notre enquête.

Au terme du traitement fonctionnel par la méthode de McKenzie, la totalité de notre échantillon était soulagé de la douleur lombosciatique. Cette accalmie était survenue en moyenne 11,48 jours ± 4,9 jours après le début des séances. Dans la littérature, nous avons retrouvé des résultats différents. En effet dans une étude expérimentale canadienne, les niveaux de douleur qui étaient semblable lors de l'évaluation initiale, différaient d'un groupe à l'autre lors de l'évaluation finale ; tandis que le groupe expérimental a connu une amélioration significative de la douleur, le groupe contrôle n'a pas connu d'amélioration entre la première et la sixième semaine [22]. A l'opposé de cette étude expérimentale, notre étude ne disposait pas de groupe contrôle. Cette absence de groupe contrôle est une faiblesse de notre étude, dans la mesure où notre démarche, qui a consisté à évaluer le même groupe, exposer à la méthode de McKenzie à des temps différents, ne permet pas d'isoler l'effet spécifique à ladite méthode.

Une étude française datant de 2006, montre que 53% des patients traités par la méthode de McKenzie avaient été soulagé au bout des 15 séances du protocole appliqué [23]. Cependant, il convient de préciser qu'il s'agissait de patients souffrants de lombalgie toutes causes confondues alors que la méthode de McKenzie ne s'applique que sur les patients souffrants de LSC par hernie discale. Ceci pourrait expliquer la différence entre cette étude et nos résultats obtenus.

Dans notre étude, les patients avaient considérablement récupéré de la gêne fonctionnelle due à la LSC à la fin des séances. En effet, notre étude a montré une relation statistiquement significative entre les résultats obtenus par la méthode de McKenzie et la qualité de vie des patients souffrants de LSC. Certaines études comparatives retrouvées dans la littérature confortent cette thèse d'amélioration de la qualité de vie des patients traités par la méthode de McKenzie. En effet, à court terme, la méthode de McKenzie montrerait une efficacité équivalente à d'autres interventions physiques validées scientifiquement [24]. Garcia et al [25] en comparant la méthode de McKenzie respectivement à l'école du dos et à la physiothérapie ont mis en évidence une réduction significative de l'invalidité avec un avantage pour la méthode de McKenzie à court terme. Toutefois dans notre étude on ne peut pas parler d'efficacité de la méthode de McKenzie comparé aux autres méthodes physiques car nous avons seulement cherché à mesurer l'impact de cette méthode sur l'intensité des douleurs, la gêne fonctionnelle et la qualité de vie des patients inclus et ce à court terme. Il apparait clair au vu de nos résultats que cette méthode améliore aussi bien la douleur, la gêne fonctionnelle que la qualité de vie.

Nonobstant les résultats positifs de la méthode de McKenzie sur l'intensité de la douleur et la gêne fonctionnelle de nos patients, nous avons vu 69,1% de notre population d'étude récidiver dans un délai moyen de 45,5 jours ± 17,15 jours soit 6,5 semaines.

Dans la littérature nous n'avons pas retrouvé de données statistiques en rapport avec les récidives après l'application de la méthode de McKenzie chez les patients. Néanmoins, des facteurs qui seraient à la base de la survenue de ces récidives ont été énoncés. C'est ainsi que Genêt et al, dans une étude sur l'observance des exercices d'auto-rééducation en 2002, ont identifié la non observance des recommandations thérapeutiques comme l'une des principales causes de récidive [26]. Cet état de fait correspond aux observations de notre étude car en effet, plusieurs de nos patients nous ont confié lors des rendez-vous de contrôle, qu'ils ne poursuivaient pas toujours les mouvements de rééducation qui leur

avait été appris.

Aussi dans notre étude la survenue de ces récidives n'était liée ni au sexe, ni à l'âge ou à la chronicité de la douleur. Il en était de même pour Petersen et al dans leur étude [27].

Conclusion

Les lombosciatiques communes représentent un véritable défi sanitaire aussi bien en Afrique qu'en Occident. Outre l'impact qu'elles ont au niveau de la santé des populations, leur retentissement au niveau économique, et à travers l'absentéisme engendré, demeure tout aussi problématique. Il ressort de notre étude corroborée par la littérature, que la méthode McKenzie représente un moyen efficace pour améliorer le pronostic fonctionnel des patients souffrants de lombosciatiques communes par hernie discale ainsi que de leur qualité de vie [24, 25, 26, 27]. Cependant elle reste confrontée à une limite de taille découlant même de sa définition opérationnelle [26]. L'inscription des patients à l'école du dos permettrait une meilleure observance de la technique.

***Correspondance**

BOMBO Julien Djoman M'Boifo

juliendjomane@gmail.com

Disponible en ligne : 29 Décembre 2025

1 : Service de médecine physique et de réadaptation CHU d'Angré, Côte d'Ivoire

2 : Service de Médecine physique et de réadaptation CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES). Recommandations sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. Paris: ANAES; 2000. 52 p.

[2] Legrand E, Hoppé E, Bouvard B, Masson C, Audran M. Disc herniation-induced sciatica: medical or surgical treatment? Rev Prat. 2008;58:285-93.

[3] Tapouh JRM, Zoé CM, Mballa JCA, Tiam EM, Edzimbi AL, Moifo B, et al. Prévalence des anomalies transitionnelles lombosacrées dans une population de sujets camerounais souffrant de lombalgies chroniques. Health Sci Dis. 2014;15(4).

[4] Mohamed AS, Dia SA, Ndoye EHO, De Miranda-Ba MM, Agbobli M. La lombalgie chez les hôteliers et restaurateurs à Dakar. Health Sci Dis. 2017;18(3).

[5] Alagnide HE, Gandaho HJT, Gandema S, Niama Natta DD, Azanmasso H, Houngbedji GM, et al. Comparaison du retentissement fonctionnel et psycho-social des lombalgies par hernie discale traitées par la rééducation et la chirurgie. Research. 2017;4:8.

[6] Kouakou NM, Akissi NL, Eti E, Daboiko JC, Gabla A, Toto A, et al. Données épidémiologiques élémentaires sur la rhumatologie en milieu hospitalier ivoirien. Rhumatologie. 1994;46:239-42.

[7] Diomandé M, Ouattara B, Eti E, Gbané-Koné M, Ahoty FAD, Djaha KJM, et al. La hernie discale lombaire au CHU de Cocody (Abidjan): aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques. Rev CAMES SANTE. 2013;1(1):16-19.

[8] Clare A, Adams R, Maher G. A systematic review of McKenzie therapy for spinal pain. Aust J Physiother. 2004;50:209-16.

[9] Alagnide HE, Houngbedji GM, Azanmasso H,

Niama Natta DD, Kpadonou GT. Résultats du traitement rééducatif des lombalgies suivies au CNHU-HKM de Cotonou. J Rech Sci Univ Lomé. 2017;19(3):413-22.

[10] Genêt F, Autret K, Roche N, Lapeyre E, Schnitzler A, Nandjui B, et al. Comparaison du retentissement de la lombalgie chronique dans quatre pays francophones. Ann Phys Rehabil Med. 2009;52:717-28.

[11] Kpadonou T, Avode DG, Fiossi-Kpadonou E, Alagnide HE, Bankole W, Odoulami H. Incapacité fonctionnelle chez les lombalgiques chroniques au CNHU de Cotonou: mesure par l'échelle de Québec. Le Bénin Médical. 2005;30:24-26.

[12] Dufour X, Barette G, Ghossoub P, Trontte G. Rééducation des patients lombalgiques en fonction de l'étiologie. Kinésithér Scient. 2010;513:25-34.

[13] Doualla BM, Luma Namme H, Tchaleu Nguenkam B, Kwendi F, Kemta Lekpa F, Memopi M, et al. Prévalence des douleurs neuropathiques au sein d'une population de lombalgiques chroniques à Douala (Cameroun). Rev Maroc Rhumat. 2013;26:26-30.

[14] Chaory K, Rannou F, Fermanian J, Genty M, Rosenberg S, Billabert C, et al. Impact des programmes de restauration fonctionnelle sur les peurs, croyances et conduites d'évitement du lombalgique chronique. Ann Readapt Med Phys. 2004;47:93-97.

[15] Studder B, Plais PY, Samalli V, David T. L'école pour lombalgiques chroniques: étude prospective de 105 lombalgiques lourdement invalides et de leur devenir socio-professionnel. Rev Rhum. 1991;7:513-8.

[16] Singwe-Ngandeu M, Meli J, Ntsiba H, Nouedoui C, Yollo A, Sida M, et al. Rheumatic diseases in patients attending a clinic at a referral hospital in Yaounde, Cameroon. East Afr Med J. 2007;84:404-9.

[17] Bejia I. Prévalence et facteurs associés à la lombalgie commune chez le personnel hospitalier. Rev Rhum. 2005;72(5):427-32.

[18] Meredith D, Huang R, Nguyen J, Lyman S. Obesity increases the risk of recurrent herniated nucleus pulposus after lumbar microdiscectomy. Spine J. 2010;10:575-80.

[19] Descarreaux M. Analyse de l'efficacité d'un programme d'exercices spécifiques dans le traitement des douleurs lombaires [thèse]. Trois-Rivières (Canada): Université du Québec à Trois-Rivières; 2000.

[20] Harkapaa K, Mellin G, Jarvikoski A, Hurri H. A controlled study on the outcome of inpatient and outpatient treatment of low back pain. Scand J Rehabil Med. 1990;22:181-8.

[21] Masquelier E. L'école du dos chez le lombalgique chronique: revue critique de la littérature. Douleur Analg. 1991;4(4):127-33.

[22] Murtezani A, Gobori V, Meka V, Ibrahim Z. A comparison of McKenzie therapy with electrophysical agents for the treatment of work-related low back pain: a randomized controlled trial. J Back Musculoskelet Rehabil. 2014;28:247-53.

[23] Durand G, Kaplanis E, Delaubier A, Guillou C, Alcalay M, Kemoun G. Place de la thérapie mécanique (méthode McKenzie) dans la prise en charge des lombalgies chroniques: bilan d'une consultation multidisciplinaire. Rev Rhum. 2006;73:1089-95.

[24] Sansonnens N, Kunzler F, Bron C, Vassant M, Allet L. La méthode de McKenzie est-elle efficace à court et à long terme pour le traitement des lombalgies chroniques? Revue systématique de la littérature. Kinesither Rev. 2013;13(137):30-7.

[25] Pignolet K. Efficacité de la méthode de McKenzie dans le traitement des lombalgies chroniques [mémoire]. Brest (France): Institut de formation en masso-kinésithérapie; 2016. 69 p.

[26] Garcia AN, Costa LDCM, da Silva TM, Gondo FLB, Cyrillo FN, Costa RA, et al. Effectiveness of back school versus McKenzie exercises in patients with chronic nonspecific low back pain: a randomized controlled trial. Phys Ther. 2013;93(6):729-47.

[27] Genêt F, Poiraudeau S, Revel M. Étude de

l'efficacité et de l'observance à un an d'un programme court de rééducation assorti d'un autoprogramme dans la lombalgie chronique. Ann Med Phys Readapt. 2002;45:265-72.

[28] Petersen T, Christensen R, Juhl C. Predicting a clinically important outcome in patients with low back pain following McKenzie therapy or spinal manipulation: a stratified analysis in a randomized controlled trial. BMC Musculoskelet Disord [Internet]. 2015 [cité 9 nov 2019];16(1). Disponible sur: http://www.biomedcentral.com/1471-2474/16/74

Pour citer cet article :

JDM Bombo, RG Koffi, CN Sie, A Tia, G Ehouman, SL Seri et al. Rééducation des lombosciatiques communes (LSC) par la méthode de McKenzie : résultats fonctionnels. Jaccr Africa 2025; 9(4):449-458

https://doi.org/10.70065/2594.jaccrAfri.014L022912