

Lombalgies et lombosciatalgies

Du diagnostic différentiel au traitement manuel - Étude de cas cliniques

Nature de l'action définie à l'article L.6313-1 du code du travail : Actions d'adaptation et de développement des compétences.

OBJECTIF DE LA FORMATION :

- Améliorer les connaissances concernant les structures nerveuses au niveau de la région lombale, de la fesse et du membre inférieur.
- Reconnaître les schémas cliniques en relation avec les points trigger myofasciaux, les structures nerveuses et les complexes disco-os-téo-articulaires.
- Maîtriser l'anatomie palpatoire des structures localisées au niveau de la région lombale, de la fesse et du membre inférieur.
- Pouvoir différencier les étiologies des douleurs et/ou des symptômes au niveau de la région lombale, de la fesse et du membre inférieur.
- Être apte à établir des stratégies thérapeutiques manuelles dans le cadre d'une douleur et/ou d'une dysfonction de la région lombale, de la fesse et du membre inférieur.

PUBLIC CONCERNÉ :

- Masseurs-Kinésithérapeutes

CONTEXTE DE L'ACTION :

La majorité de la population est touchée, un jour ou l'autre, par une lombalgie ou une lombosciatalgie dont l'étiologie peut varier, mais qui implique souvent une dysfonction du discale ou myofasciale. Ces symptômes et ces douleurs sont qualifiés selon leur durée : d'aigus, de subaigus ou de chroniques.

Les raisons principales de consultation sont la douleur et/ou la perturbation fonctionnelle. Ces symptômes sont souvent l'expression d'une dysfonction de l'appareil locomoteur.

Dans la plupart des cas le praticien traite la douleur et se focalise sur un complexe articulaire, le disque intervertébral, les structures myofasciales ou d'autres composantes corporelles.

Il arrive parfois que le traitement n'aboutisse pas au résultat escompté car les stratégies de traitement ne sont efficaces qu'en fonction d'un bilan initial adéquat. Déterminer la ou les structures responsables de la symptomatologie du patient, ainsi que la localisation et la spécificité du trouble, restent pour chaque praticien le défi central. Nous vous aidons à planifier et à analyser les tests et leurs résultats et à différencier les structures potentiellement impliquées pour établir une stratégie thérapeutique optimale.

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES :

- **Méthode participative - interrogative** : les stagiaires échangent sur leurs pratiques professionnelles, à partir de cas cliniques et des résultats des grilles pré-formation.
- **Méthode expérientielle** : méthode pédagogique centrée sur l'apprenant qui consiste à acquérir de nouvelles connaissances.
- **Méthode expositive** : le formateur donne son cours théorique, lors de la partie Cognitive.
- **Méthode démonstrative** : le formateur fait une démonstration pratique sur un stagiaire ou un modèle anatomique, devant les participants lors des TP.
- **Méthode active** : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme.

SUPPORTS PÉDAGOGIQUES :

- Vidéo-projecteur : Diaporama de la formation riches en iconographies.
- Support de cours illustré détaillant les différentes techniques et reprenant les connaissances acquises, avec la Bibliographie, remis à chaque participant.
- L'enseignement se fait par des travaux pratiques et des études de cas, encadré par le formateur.
- Chaque lieu de stages et de travaux pratiques dispose de tables de pratique.

MODALITÉS D'ACCÈS / D'INSCRIPTION À LA FORMATION :

À partir de notre site par l'envoi d'un dossier d'inscription validé après la réception du règlement et du Contrat de formation signé.

MODALITÉS DE DÉROULEMENT DE LA FORMATION :

Partie théorique suivie de la partie pratique.

TEMPS DE FORMATION :

3 jours – 7 heures par jour. Total : 21 heures.

FORMATEUR KINÉ FORMATIONS :

Jan DE LAERE – Pysiothérapeute et Thérapeute manuel

MODALITÉS D'ÉVALUATION :

- Une évaluation pré et post formation sera demandée aux participants.
- Le Formateur résumera chaque partie de son cours et s'assurera que chaque participant a intégré son contenu.
- Le Formateur s'assurera que chaque participant exécute correctement les gestes thérapeutiques et l'exécutera avec lui, si nécessaire.
- En fin de formation, un temps de questions-réponses sera proposé afin d'éliminer des points non compris.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Jones M 1992 Clinical reasoning in manual therapy. *Physical Therapy*, 72(12):875-884.
2. Green B & Johnson C 2000 Writing patient case reports for peer-reviewed journals : Secrets of the trade. *Journal of Sports Chiropractic & Rehabilitation*, 14(3):51-59.
3. Edwards I et al. 2004 Clinical reasoning strategies in physical therapy. *Physical Therapy*, 84(4):312-330.
4. Jones M & Rivett D 2004 *Clinical Reasoning for Manual Therapists*. Butterworth-Heinemann, Oxford.
5. Green B & Johnson C 2006 How to write a case report for publication. *Journal of Chiropractic Medicine*, 5(2):72-82.
6. Edwards I et al. 2006 The interpretation of experience and its relationship to body movement : A clinical reasoning perspective. *Manual Therapy*, 11(1): 2-10.
7. Higgs J et al. 2008 *Clinical Reasoning in the Health Professions*, 3rd edition. Butterworth-Heinemann, Oxford.
8. Yamamoto K1, Condotta L2, Haldane C3, Jaffrani S4, Johnstone V5, Jachyra P6, Gibson BE6,7, Yeung E6. Exploring the teaching and learning of clinical reasoning, risks, and benefits of cervical spine manipulation. *Physiother Theory Pract*. 2017 Oct 20:1-10.
9. Jung FC, Mathew S, Littmann AE, MacDonald CW. Clinical Decision Making in the Management of Patients With Cervicogenic Dizziness : A Case Series. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2017 Nov;47(11):874-884.
10. Baker SE, Painter EE, Morgan BC, Kaus AL, Petersen EJ, Allen CS, Deyle GD, Jensen GM. Systematic Clinical Reasoning in Physical Therapy (SCRIPT) : Tool for the Purposeful Practice of Clinical Reasoning in Orthopedic Manual Physical Therapy. *Phys Ther*. 2017 Jan 1;97(1):61-70.
11. Oostendorp RA1,2,3, Elvers H4,5, Mikolajewska E6,7, Laekeman M8, van Trijffel E9, Samwel H10. «*Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain : The first step in pain neuroscience education*» by Amarins J Wijma et al., 2016. *Physiother Theory Pract*. 2017 Mar;33(3):260-262.
12. Yeung E1, Woods N1, Dubrowski A2, Hodges B1, Carnahan H3. Establishing assessment criteria for clinical reasoning in orthopedic manual physical therapy : a consensus-building study. *J Man Manip Ther*. 2015 Feb;23(1):27-36.
13. Langridge N1, Roberts L2, Pope C2. The clinical reasoning processes of extended scope physiotherapists assessing patients with low back pain. *Man Ther*. 2015 Dec;20(6):745-50.
14. Dewitte V1, Cagnie B2, Barbe T1, Beernaert A1, Vanthillo B1, Danneels L1. Articular dysfunction patterns in patients with mechanical low back pain : A clinical algorithm to guide specific mobilization and manipulation techniques. *Man Ther*. 2015 Jun;20(3):499-502.
15. Yeung E1, Woods N2, Dubrowski A3, Hodges B4, Carnahan H5. Sensibility of a new instrument to assess clinical reasoning in post-graduate orthopaedic manual physical therapy education. *Man Ther*. 2015 Apr;20(2):303-12.
16. Fernández-de-Las-Peñas C1, Courtney CA2. Clinical reasoning for manual therapy management of tension type and cervicogenic headache. *J Man Manip Ther*. 2014 Feb;22(1):44-50.
17. Dolphens M1, Nijs J, Cagnie B, Meeus M, Roussel N, Kregel J, Malfliet A, Vanderstraeten G, Danneels L. Efficacy of a modern neuroscience approach versus usual care evidence-based physiotherapy on pain, disability and brain characteristics in chronic spinal pain patients : protocol of a randomized clinical trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014 May 8;15:149.

PROGRAMME DE LA FORMATION SUIVANT LE TABLEAU CI-APRÈS :

Lombalgies et lombosciatalgies - Jour 1			
Matin	9h00 - 10h45	Principes du raisonnement clinique Analyse de l'examen subjectif (anamnèse) Construction des hypothèses diagnostiques provisoires Examen physique Techniques de traitement	<i>théorie</i>
	11h00 - 13h00	Atelier pratique : repérage des structures osseuses de la colonne lombale et du bassin	<i>démonstration et pratique en binôme</i>
Après-midi	14h00 - 16h00	Atelier pratique : repérage des structures myofasciales de la colonne lombale et du bassin	<i>démonstration et pratique en binôme</i>
	16h15 - 18h30	Atelier pratique : repérage des structures nerveuses de la colonne lombale et du bassin	<i>démonstration et pratique en binôme</i>
Lombalgies et lombosciatalgies - Jour 2			
Matin	9h00 - 10h45	Cas clinique 1 : examen subjectif analyse de l'examen subjectif - construction des hypothèses provisoires examen physique management thérapeutique	<i>théorie démonstration et pratique en binôme</i>
	11h00 - 13h00	Cas clinique 2 : examen subjectif analyse de l'examen subjectif - construction des hypothèses provisoires examen physique management thérapeutique	<i>théorie démonstration et pratique en binôme</i>
Après-midi	14h00 - 16h00	Cas clinique 3 : examen subjectif analyse de l'examen subjectif - construction des hypothèses provisoires examen physique management thérapeutique	<i>théorie démonstration et pratique en binôme</i>
	16h15 - 18h30	Cas clinique 4 : examen subjectif analyse de l'examen subjectif - construction des hypothèses provisoires examen physique management thérapeutique	<i>théorie démonstration et pratique en binôme</i>
Lombalgies et lombosciatalgies - Jour 3			
Matin	9h00 - 10h45	Cas clinique 5 : examen subjectif analyse de l'examen subjectif - construction des hypothèses provisoires examen physique management thérapeutique	<i>théorie démonstration et pratique en binôme</i>
	11h00 - 13h00	Cas clinique 6 : examen subjectif analyse de l'examen subjectif - construction des hypothèses provisoires examen physique management thérapeutique	<i>théorie démonstration et pratique en binôme</i>
Après-midi	14h00 - 15h45	Cas clinique 7 : examen subjectif analyse de l'examen subjectif - construction des hypothèses provisoires examen physique management thérapeutique	<i>théorie démonstration et pratique en binôme</i>
	15h45 - 16h00	Questionnaire	

NOUS VOUS REMERCIONS POUR VOTRE CONFIANCE

Pour aller plus loin, [rendez-vous sur notre site](#)

