



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE



Vraie et fausse sciatique

A – Programme détaillé

DUREE

Deux jours en présentiel

- 1 heure d'évaluation des pratiques
- 14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

- Minimum : 8 (sauf cas exceptionnels)
- Maximum : 20

FORMATEURS

- Pascal POMMEROL, CDS, ostéopathe chargé de cours à ISTR (Université Lyon 1)
- Vincent JACQUEMIN, MKDE, ostéopathe chargé de cours à ISTR (Université Lyon 1)
- Guillaume NAINANI, MKDE, ostéopathe, chargé de cours à ISTR (Université Lyon 1)
- Rodolphe RIVORY – MK – Ostéopathe

1) OBJECTIFS

Généraux :

L'intention générale du projet, du point de vue de la pratique libérale et institutionnelle est, pour le kinésithérapeute formé,

- d'acquérir ou de perfectionner ses techniques de prise en charge kinésithérapique des sciatiques, qu'elles soient « vraies ou fausses », permettant d'améliorer l'offre de soins et leur accès par des prestations de meilleure qualité réalisées par un plus grand nombre de professionnels.
- D'amener le professionnel à mobiliser, en situation de soins, différents savoirs et capacités conformes aux données actuelles de la science et aux publications et recommandations de l'HAS :
 - savoir de connaissances ;
 - savoir de techniques pratiques ;
 - savoir-faire opérationnel ;
 - savoir relationnel.
- De sensibiliser le professionnel au contexte socio-économique de la santé afin qu'il intègre l'aspect économique dans sa réflexion au quotidien lors des prises en charge des patients.

Spécifiques :

Le stagiaire sera capable :

- d'auto évaluer ses pratiques,
- d'acquérir :
 - o la capacité de lecture et d'analyse des irritabilités du système neural du membre inférieur,
 - o la physiopathologie de ces syndromes compressifs
 - o leur symptomatologie,
- de proposer des tests fiables pour permettre un diagnostic précis des affections radiculaires lombaires ou tronculaires d'origine canalaire ou périphérique.
- de proposer et élaborer un protocole de traitement de ces sciatiques canalaire ou périphériques

➤ 3 rue Lespagnol
75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71
fax : 01 44 83 46 74

secretariat@sarl-ink.com
www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75
ce numéro ne vaut pas agrément de l'état
Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK





INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE



2) RESUME

Premier jour : 9h00-13h00 & 14h00-17h30

Matin

- Restitution des grilles EPP 1 et tour de table
- Présentation de la sciatique vraie et historique
- Anatomie et physiologie du nerf périphérique
- Biomécanique du nerf périphérique
- Lésions des nerfs périphériques et notion de fibrose neurale
- Physiopathologie des syndromes canaux
- Anatomie palpatoire et repérage des structures tissulaires
- Les accrochages du nerf
- Anatomie et physiopathologie du nerf grand sciatique

Après-midi

- Anamnèse, symptômes, signes cliniques
- Diagnostic différentiels :
 - . origine osseuse
 - . origine rachidienne
 - . origine périarticulaire
- Sensibilité et spécificité des tests cliniques
- Examen clinique et tests diagnostiques
- Traitement de la sciatique discale ou arthrosique en 4 temps
- Retour sur la journée et questions

Deuxième jour : 9h00-12h30 & 13h30-17h30

Matin

- Syndrome du piriforme :
 - . techniques de normalisation du muscle piriforme
 - . principe de traitement en 4 temps

Après-midi

- Nerf tibial : syndrome de Morton, syndrome du tunnel tarsien
- Syndrome du fibulaire commun
- Cas clinique
- Evaluation de la formation
- Questions/réponses
- Synthèse – préparation EPP 2

3) METHODOLOGIES

- Analyse des pratiques par grille EPP pré formation
- Restitution au formateur des résultats de ces grilles d'analyse des pratiques préformation, question par question au groupe et à chaque stagiaire
- Partie présentielle d'une durée de 15 h comportant des échanges de 30 minutes sur les résultats des grilles pré-formation, d'un face à face pédagogique de 14h d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les EPP et d'une préparation de 30 minutes des EPP post formation
- Analyse des pratiques par EPP post formation
- Restitution individuelle au stagiaire de l'impact de la formation sur la pratique professionnelle
- Restitution statistique, au formateur, de l'impact de sa formation sur la pratique.

➤ 3 rue Lespagnol
75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71

fax : 01 44 83 46 74

secretariat@sarl-ink.com

www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75
ce numéro ne vaut pas agrément de l'état
Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK





INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE



B – Méthodes pédagogiques mises en oeuvre

Les différentes méthodes pédagogiques sont employées en alternance, au fur et à mesure du déroulement de la formation :

- **Méthode participative - interrogative** : les stagiaires échangent sur leurs pratiques professionnelles, à partir de cas cliniques et des résultats des grilles pré-formation
- **Méthode expérientielle** : modèle pédagogique centré sur l'apprenant et qui consiste, après avoir fait tomber ses croyances, à l'aider à reconstruire 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.

Afin d'optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, les supports et matériels mis à disposition sont :

- Projection PPT du cours, polycopié et / ou clé USB reprenant le PPT
- Si besoin et en fonction du thème de la formation : tables de pratiques (1 pour 2), tapis, coussins, modèles anatomiques, consommables (bandages, tapes, etc...).

C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- EPP pré et post formation présentielle
- Questionnaire de satisfaction immédiate
- Questionnaire de satisfaction à distance

D – Référence recommandation bibliographie

P. Pommerol, « Pourquoi le lumbarol soulage au niveau lombaire les radiculalgies foraminales » Physiopolis, n° 15, septembre 08 p 62

P. Pommerol, « L'indication et évaluation des traitements neuroméningés », Physiopolis, n°17, décembre 2008.

P. Pommerol, « Technique de mobilisation et d'ostéopathie neurodynamique », Physiopolis, n°16, janvier 2009, p40.

P. Pommerol, « Thérapie manuelle structurale et ostéopathie coxo-fémorale », Kiné Scientifique, n°496, février 2009, p25 à 33.

P. Pommerol, H. Fouquet « ouverture ou fermeture du foramen intervertébral lombaire dans un conflit foraminaux » Kiné scientifique, p51-54, n°541, mars 2013

P. Pommerol, H. Fouquet « recommandations professionnelles sur les manipulations dans la lombalgie » Kiné scientifique, p51-54, n°543, mai 2013

POMMEROL P. et POMMEROL C. « Le traitement par mobilisation directe dans la lombodorsalgie.1- Technique et revue de la littérature », KS n°547 - octobre 2013, pp77-82.

POMMEROL P. et POMMEROL C. « Le traitement par mobilisation directe dans la lombodorsalgie.1- biomécanique de la technique », KS n°549- décembre 2013, pp 70-77

POMMEROL P., Riffard R. « thérapie manuelle et techniques ostéopathiques d'une sciatique L5 chez une patiente de 38 ans » kiné scientifique n°524 sept 2011

Références bibliographiques du cours

Bard, H., Demondion, X., Vuillemin, V. (2007). Entrapement syndromes of gluteal area and lateral side of hip. *Revue du rhumatisme*, 74, 393-400.

Butler, D. S., & Jones, M. A. (1995). *Mobilisation of the nervous system*. Berlin: Springer-Verlag.

Argaud, Sébastien. 2012. « Syndrome du piriforme : Base anatomique, diagnostic et traitement. » Mémoire de fin d'étude. Lyon. PLP Formation. 56 p.

Cleland, J. (2005). *Orthopaedic Clinical examination: an Evidence-based Approach for Physical Therapists*. (1 edition ed.): Saunders.

➤ 3 rue Lespagnol
75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71

fax : 01 44 83 46 74

secretariat@sarl-ink.com

www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75
ce numéro ne vaut pas agrément de l'état
Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK





INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE



Filler, A., Haynes, J., & Jordan, S. (2005). Sciatica of nondisc origin and piriformis syndrome: diagnosis by magnetic resonance neurography and interventional magnetic resonance imaging with outcome study of resulting treatment. *J Neurosurg Spine*, 2(2), 99-115.

Fishman, L., Schaefer, MP. (2003). Piriformis syndrome: the piriformis syndrome is underdiagnosed. *Muscle Nerve*, 28, 646-649.

Halpin, R. J., & Ganju, A. (2009). Piriformis syndrome: a real pain in the buttock? *Neurosurgery*, 65(4 Suppl), A197-202.

Haute Autorité de Santé (HAS): Recommandation professionnelle : Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatique communes de moins de trois mois d'évolution –février 2000

Haute Autorité de Santé (HAS): Recommandation professionnelle : Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique – Décembre 2000

National Institute for Health and Care Excellence - clinical practice guidelines - Sciatica (lumbar radiculopathy)- November 2009

Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain. National Collaborating Centre for Primary Care. NICE. Mai 2009

Clinical guidelines for the physiotherapy management of persistent low back pain. The chartered society of physiotherapy. Londres. 2006.

Rossignol M et coll. CLIP : Clinique des Lombalgies Interdisciplinaire en Première ligne, © Direction de la Santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006.

Assendelft WJJ et al. Spinal manipulative therapy for low back pain. *Cochr Datab Syst Rev*, 2005.

Bronfort G et al. Efficacy of spinal manipulation and mobilization for low back pain and neck pain: A systematic review and best evidence synthesis. *Spine* J2004;4(3):335-56.

Maher CG. Effective physical treatment for chronic low back pain. *Orthop Clin North Am*2004;35(1):57-64.

Van Tulder M, Koes B. Low back pain and sciatica (acute). *Clin Evid*2003;10:1343-58.

Van Tulder M, Waddell G. Conservative treatment of acute and subacute low back pain. In: Nachenson A, Jonsson E (eds) *Neck and back pain: The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: Chapter 11: 241-69.

Cherkin DC, Sherman KJ et al. A review of the evidence for the effectiveness, safety, and cost of acupuncture, massage therapy, and spinal manipulation for back pain. *Ann Int Med*2003;138(11):899-907.

Savigny P et al. Low back pain: Early management of persistent non specific low back pain full guidelines - May 2009. National collaborating centre for primary care
:w.csst.qc.ca/nos_partenaires/medecins/Documents/CLIPLombalgiesGuide2006.pdf

E – Grille d'évaluation des pratiques professionnelles

Cf page suivante

➤ 3 rue Lespagnol
75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71
fax : 01 44 83 46 74

secretariat@sarl-ink.com
www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75
ce numéro ne vaut pas agrément de l'état
Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK



Nom :	Phase :	Patient :	Date :	Formulaire :
-------	---------	-----------	--------	--------------

Vous devez cocher une case en face de chacune des propositions faites dans ce document, en fonction de vos connaissances actuelles :

- O = OUI, la réponse est conforme

- N = NON, la réponse est non conforme

- NC = non concerné, ne pas cocher (valide une réponse fausse)

Vous n'avez pas eu de patient au cours des 2 derniers mois, ou vous n'avez pas d'expérience pour cette pathologie : répondez quand même par OUI ou NON en fonction de vos connaissances actuelles.

	OUI	NON	NC
01 - Le syndrome du Piriforme est un syndrome canalair	☐	☐	☐
02 - Le double crush existe seulement au niveau du membre supérieur	☐	☐	☐
03 - Il existe un nombre important de variations de trajet du nerf grand sciatique par rapport au muscle piriforme (en dessous, au dessus, au travers).	☐	☐	☐
04 - une sciatgie peut être d'origine facettaire lombaire	☐	☐	☐
05 - Le muscle piriforme est un muscle rotateur latéral, adducteur et extenseur de la cuisse	☐	☐	☐

	OUI	NON	NC
06 - Le nerf grand sciatique peut se diviser en deux contingents nerveux, fibulaire commun et tibial, au dessus du piriforme	☐	☐	☐
07 - Physiologiquement, un nerf est capable de glisser uniquement longitudinalement par rapport aux structures environnantes	☐	☐	☐
08 - Les lésions des nerfs périphériques dans les syndromes canalaires sont consécutives à une fibrose extra-neurale et/ou intra-neurale	☐	☐	☐
09 - pour faire un diagnostic différentiel entre sciatique vertébrale et sciatique de Morton il suffit de faire un EJT simple	☐	☐	☐
10 - Les nerfs périphériques sont plus sensibles à la capacité du nerf à se mouvoir qu'à la perturbation de la vascularisation	☐	☐	☐

	OUI	NON	NC
11 - Le traitement consiste en première intention à mobiliser le nerf	☐	☐	☐
12 - L'EJT (élévation de la jambe tendue) homolatéral sans le slump permet le diagnostic différentiel entre vraie sciatique et fausse sciatique	☐	☐	☐
13 - La douleur a un caractère irradiant sur la partie postérieure de la cuisse et ne dépasse jamais le genou (sciatique tronquée)	☐	☐	☐
14 - Les causes primaires de compression du nerf dans le piriforme peuvent être un traumatisme direct sur le bassin ou les fessiers, ou une sur-utilisation du muscle piriforme (overuse syndrome).	☐	☐	☐
15 - Les causes secondaires peuvent être consécutives à des lésions d'organes ou de tissus pelviens (infections), à des malformations vasculaires (pseudoanévrismes de l'artère fessière inférieure) ou à une inflammation des sacro-iliaques	☐	☐	☐

	OUI	NON	NC
16 - La manœuvre de l'EJT (Elevation Jambe Tendue ou SLR Straight Leg Raise) sert de test de reproduction de la douleur et comme de technique de traitement en glissement du nerf grand sciatique	☐	☐	☐
17 - Les lésions rachidiennes, les lésions de la hanche et les lésions des articulations sacro-iliaques sont les principaux diagnostics différentiels	☐	☐	☐
18 - Le traitement de Morton consiste à mobiliser l'articulation de l'articulation talo crurale	☐	☐	☐
19 - une sciatique soulagée par la flexion est toujours d'origine arthrosique	☐	☐	☐
20 - La phase de traitement comporte dans l'ordre, la mobilisation du nerf par rapport à l'interface, la mobilisation de l'interface par rapport au nerf	☐	☐	☐