

Lombalgie aiguë

A – Programme détaillé

DUREE

Deux jours en présentiel :

- 14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

- Minimum : 8 (sauf cas exceptionnels)

- Maximum : 25

FORMATEURS

- Pascal POMMEROL, CDS, ostéopathe charge de cours à ISTR (Université Lyon 1)

ou

- Vincent JACQUEMIN, MKDE, ostéopathe charge de cours à ISTR (Université Lyon 1)

ou

- Guillaume NAINANI, MKDE, ostéopathe, charge de cours à ISTR (Université Lyon 1)

ou

- Rodolphe RIVORY – MK – Ostéopathe

1) OBJECTIFS

La compréhension et la prise en charge rééducative des lombalgies aiguës ont évolué profondément et très rapidement ces dernières années, notamment sous l'impulsion de la recherche française et internationale. La visée de ce stage est de permettre une remise à jour complète des savoirs et savoir-faire afin de les rendre conformes aux connaissances actuelles des neurosciences à la physiopathologie. Il offre l'opportunité au stagiaire d'affiner ses compétences du bilan au traitement notamment grâce à des travaux pratiques.

Contenu :

Théorique (cognitif, conceptuel), technologique et pratique (Voir infra)

Objectifs généraux :

L'objectif général est d'acquérir les connaissances nécessaires à l'évaluation et à la rééducation kinésithérapique des lombalgies aiguës.

A l'issue de la formation, le participant sera capable après une analyse de la pratique actuelle et des recommandations de :

- Réaliser des tests et évaluations simples et rapides, recommandés et validés par la HAS et ensuite d'améliorer leur prise en charge avec une approche globale, novatrice et mieux adaptée.

- Contribuer à améliorer l'offre de soins et leur accès par des prestations pertinentes, réalisées par un plus grand nombre de professionnels.

- Mobiliser, en situation de soins, différents savoirs et capacités conformes aux données actuelles de la science et aux publications et recommandations de la HAS :

- savoir de connaissances ;
- savoir de techniques pratiques ;
- savoir-faire opérationnel ;
- savoir relationnel.

- Analyser et évaluer un patient, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique

- Concevoir et conduire un projet thérapeutique kinésithérapique, adapté au patient et à sa situation (incluant la dimension éducative)

- Concevoir, mettre en œuvre et évaluer la prise en charge kinésithérapique

- Intégrer l'aspect économique dans sa réflexion au quotidien lors des prises en charge des patients.

Objectifs spécifiques :

A l'issue de ce stage, le stagiaire sera en capacité de :

- De maîtriser les connaissances physiologiques et physiopathologiques nécessaires à la prise en charge kinésithérapique
- De faire le diagnostic :
 - o d'exclusion (drapeaux rouges)
 - o de centralisation périphérisation
 - o facettaire et discal
- De déterminer et mettre en œuvre une démarche thérapeutique propre à chaque patient et adaptée à la physiopathologie ;
- D'utiliser et d'adapter les techniques de rééducation en fonction des stades de la pathologie (lésions discale, ligamentaire, articulaire, tendineuse)
- De soulager la douleur du patient
- D'évaluer les résultats (grille, score), avec des instruments validés et/ou recommandés

2) RESUME

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

Contenus :

Matin

9h00-9h30

- Restitution des grilles « Pré-formation » (pré-test) et tour de table
- Evaluation initiale des connaissances, tour de table et attentes de chacun

9h30-11h00

- Définition des lombalgies aiguës et sub aiguës.
- Description des recommandations.
- Drapeaux rouges. Diagnostic d'exclusion médical.
- Description du diagnostic des dysfonctions facettaires, discales, neurale, musculaire, démarche du diagnostic d'exclusion et d'inclusion.
- Diagnostic d'exclusion des sacro-iliaques et du canal lombaire étroit.

11h00-12h30 Pratique :

- Le diagnostic avec interrogatoire, examen morphologique debout (palpation, frictions...), en décubitus ventral (rebond, appuie sur les coudes), prière arabe, décubitus dorsal (ouverture en L5-S1)
- Anatomie palpatoire de T12 au coccyx (avant, arrière)
- Exclusion des Sacro-iliaque (batterie de tests de Laslett).

Contenus :

Après-midi

13h30-15h00

- Diagnostic des dysfonctions facettaire, discales, neurale, musculaire.
- Pratique du bilan, test de centralisation tests neuroméningés

15h00-17h00

Pratique des manœuvres, et cas cliniques au niveau lombaire :

- Examen segmentaire (test du rebond en décubitus ventral, en décubitus latéral pour le transversaire épineux, introduction des grades de Maitland, recherche des dermalgies)
- Test de centralisation, si irradiation
- Schéma de l'étoile en actif.

Objectifs de la première journée :

- De maîtriser les connaissances physiologiques et physiopathologiques nécessaires à la prise en charge kinésithérapique
- De faire le diagnostic :
 - o d'exclusion (drapeaux rouges)
 - o de centralisation périphérisation
 - o facettaire et discal



**MAISON
DES
KINES**
INK FORMATION

Institut National de la Kinésithérapie
www.maisondeskines.com

> 3, rue Lespagnol - 75020 Paris
tél. : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 116 30 75



- De déterminer et mettre en œuvre une démarche thérapeutique propre à chaque patient et adaptée à la physiopathologie ;

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

Contenus :

Matin

9h00-12H30

- Prise en charge de la douleur.
- Techniques myotensives et techniques fonctionnelles pratiques.

Après-midi

13h30-15h00

- - Pratique des techniques articulaires directes et indirectes.

Suite au diagnostic du syndrome ligamentaire (Etoile en actif, ouverture et fermeture segmentaire en passif, rebond, tap test etc.) et traitement en décollant. (PA en DV et progression)

- Idem pour facettaire (lombard) et mobilisation en DV

15h00-17h00

- 2 cas cliniques : une dysfonction en extension ou en flexion
- Questions et réponses.
- Tour de table sur évaluation des pratiques et sur le dossier patient
- Synthèse de l'enseignant sur le sujet

Objectifs de la seconde journée :

- De déterminer et mettre en œuvre une démarche thérapeutique propre à chaque patient et adaptée à la physiopathologie ;
- D'utiliser et d'adapter les techniques de rééducation en fonction des stades de la pathologie (lésions discale, ligamentaire, articulaire, tendineuse)
- De soulager la douleur du patient
- D'évaluer les résultats (grille, score), avec des instruments validés et/ou recommandés

3) METHODOLOGIES

- Analyse des pratiques par grille d'évaluation « pré formation » (**pré-test**)
- 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 14 h comportant des échanges sur les résultats de l'évaluation pré-formation (**pré-test**), d'un face à face pédagogique d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les évaluations.
- Analyse des pratiques par évaluation 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

B – Méthodes pédagogiques mises en œuvre

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 (pré-test)
- **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



DEVIENT



- **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, photocopié 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, élastiques, etc...).

C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- Evaluation « pré » (pré-test) et « post formation » (post-test)
- Questionnaire de satisfaction immédiate
- Questionnaire de satisfaction à distance

D – Référence recommandation bibliographie

Publications du concepteur

1. Pommerol P. « Le traitement d'une névralgie L5 chez un patient de 25 ans » (in press)
2. Pommerol P, Chèze L. « L'étude du retentissement des inégalités de longueur des membres inférieurs sur la marche et l'équilibre Kiné Scientifique, n° 486, mars 08 p 37-48
3. Pommerol P. « Pourquoi le lumbarol soulage au niveau lombaire les radiculalgies foraminales » Physiopolis, n° 15, septembre 08 p 62
4. Pommerol P. « 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.
5. Pommerol P. « Thérapie manuelle structurelle et ostéopathie coxo-fémorale », Kiné Scientifique, n°496, février 2009, p25 à 33.
6. Pommerol P, Fouquet H. « ouverture ou fermeture du foramen intervertébral lombaire dans un conflit foraminaux » Kiné scientif., p51-54, n°541, mars 2013
7. Pommerol P, Fouquet H. « recommandations professionnelles sur les manipulations dans la lombalgies » Kiné scientif., p51-54, n°543, mai 2013

Références bibliographiques du cours

8. Andersson GB, Lucente T, Davis AM, Kappler RE, Lipton JA, Leurgans S. A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain. N Engl J Med 1999;341:1426-31.
9. Beyerman KL, Palmerino MB, Zohn LE, Kane GM, Foster KA. Efficacy of treating low back pain and dysfunction secondary to osteoarthritis: Chiropractic care compared with moist heat alone. J Manip Physiol Ther 2006;29:107-14.
10. 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 J 2004;4(3):335-56.
11. Bronfort G. Evidence-informed management of chronic low back pain with spinal manipulation and mobilization. The Spine Journal 2008;8:213-25.
12. 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.
13. Flavio May stephen, Aina Al., centralisation and directional preference: a systematic review, Manual therapy (2012), doi:10.1016/j.math.2012.05.003 (1-10).

14. Flynn T. A clinical prediction rule for classifying patients with low back pain who demonstrate short- term improvement with spinal manipulation. Spine2002;27(24):2835-43
15. Fujiwara A, An HS, Lim TH, Houghton VM. Morphologic changes in the lumbar intervertebral foramen due to flexion-extension, lateral bending, and axial rotation: an in vitro anatomic and biomechanical study. Spine (Phila Pa 1976). 2001 Apr15;26(8):876-82.
16. Goldby LJ et al. A randomized controlled trial investigating the efficiency of musculoskeletal physiotherapy on chronic low back disorder. Spine2006;31(10):1083-93.
17. Inufusa, A; An, Howard; Lim, Tae-Hong; Hasegawa, Toru; Houghton, Victor; Nowicki, Bruce, Anatomic Changes of the Spinal Canal and Intervertebral Foramen Associated With Flexion-Extension Movement. Spine. 21(21):2412-2420, November 1, 1996.
18. Maher CG. Effective physical treatment for chronic low back pain. Orthop Clin North Am2004;35(1):57-64.
19. 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
20. Triano JJ et al. Manipulative therapy versus education programs in chronic low back pain. Spine 1995;20(8):948-55.
21. Van Tulder M, Koes B. Low back pain and sciatica (acute). Clin Evid2003;10:1343-58.
22. Van Tulder M, Waddell G. Conservative treatment of acute and sub-acute 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.

Référentiels français et internationaux :

23. Delitto A et al. Low back pain clinical guidelines. JOSPT2012;42(4): a1-a56.
24. Haute Autorité de Santé (HAS) Recommandations pour la Pratique Clinique, Masso-kinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre du « coup du lapin » ou whiplash Synthèse des recommandations et argumentaires, Mai 2003
25. Haute Autorité de Santé (HAS) Recommandations pour la Pratique Clinique, Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription. HAS. Mai 2005
26. National Collaborating Centre for Primary Care Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain. National Collaborating Centre for Primary Care. NICE. Mai 2009
27. 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.
28. Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJJ, de Boer MR, Van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low back pain (Review). Cochr Datab Syst Rev2012; Issue 9.
29. The chartered society of physiotherapy. Clinical guidelines for the physiotherapy management of persistent low back pain. The chartered society of physiotherapy. Londres. 2006.

E – Grille d'évaluation pré-test / post-test (pré et post-formation)

Cf page suivante

LOMBALGIES AIGUES ET SUB AIGUE

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)

	OUI	NON	NC
01 - La flexion ferme le canal lombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - les inclinaisons sont le paramètre le plus centralisateur au niveau des lombaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - La flexion est le plus douloureux dans un syndrome facettaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Le ratio d'endurance flechisseur sur extenseur du tronc augmente dans les lombalgies, il faut donc faire du renforcement des abdominaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Le signe EJT (lasségue) est toujours positif dans un canal lombaire étroit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OUI	NON	NC
06 - La rotation est plus dangereuse au niveau dorsal qu'au niveau lombaire pour le disque vertébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - En decubitus latéral droit lors de la technique du lombarol, l'articulaire controlatérale (gauche) est en distraction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - la mobilisation avec thrust a un rapport cout/ benefique tres interessant (grade A en USA) pour les lombalgies aigues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - le massage ne fait pas partie des recommandations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - la mobilisation neuromeningée est recommandé au USA (grade C) dans le cas de lombo sciatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OUI	NON	NC
11 - Lors de la manutention de charge, l'extension lombaire permet de verrouiller son rachis et est plus conseillée par rapport à la lordose lombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - les exercices à la maison diminuent l'efficacité des manipulations vertébrales dans la lombalgies aigues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Un patient peut souffrir d'une facette L5-S1 droite et une lésion ligamentaire droite L3-L4, il faut le traiter en flexion L5-S1 et extension L3-L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Il n'existe pas de test clinique différentiel fiable entre sciatgie et sciatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Les pyramidaux ont plus de chance d'être douloureux dans une hyperlordose lombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OUI	NON	NC
16 - la flexion, l'inclinaison et la rotation controlatérale ouvre le foramen latéral (trou de conjugaison)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Une douleur de sacro-illiaque peut être mise en évidence par un des tests suivant: Huc, Piedallu, Menell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Une douleur de hernie discale donne des douleurs lors du rire ou de l'apnée inspiratoire et un derouillage matinal de plusieurs heures.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Un tassement discal augmente les contraintes sur les facettes et favorise une lombalgie d'origine discal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Dans le cas d'un Canal lombaire étroit avec sciatique, vous pouvez avoir un soulagement assis et on préconise des exercices en flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>