



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE



Vraie et fausse sciatique : Thérapie manuelle et kinésithérapie

A – Programme détaillé

DUREE

Deux jours en présentiel :

- 14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

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

FORMATEURS

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

1) OBJECTIFS

La compréhension et la rééducation des syndromes inflammatoires ou douloureux sur le territoire du nerf sciatique ont évolué profondément et très rapidement ces dernières années, notamment sous l'impulsion de la recherche 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 de la biomécanique à la physiopathologie. Ce stage offre l'opportunité au stagiaire d'affiner ses compétences du bilan au traitement. L'acquisition de savoir-faire est facilitée des travaux pratiques.

Contenu :

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

Objectifs généraux :

Le participant sera capable après une analyse de la pratique actuelle et des recommandations de :

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

➤ 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



- Intégrer l'aspect économique dans sa réflexion au quotidien lors des prises en charge des patients.
- Concevoir et conduire un projet thérapeutique kinésithérapique, adapté au patient et à sa situation (incluant la dimension éducative)
- Evaluer la prise en charge kinésithérapique

Objectifs spécifiques :

A l'issue de la formation, le kinésithérapeute aura acquis des savoirs et des savoir-faire processuels et techniques, il saura :

- Utiliser des savoirs anatomiques et biomécaniques, utiles à la prise en charge kinésithérapique des douleurs sciatiques, qu'elles soient « vraies ou fausses »
- Maîtriser les spécificités de l'ensemble des syndromes inflammatoires ou douloureux sciatiques rencontrés dans la pratique courante
- Maîtriser à travers le raisonnement clinique la prise en charge la physiopathologie de ces syndromes compressifs et leur symptomatologie,
- Maîtriser les « clés » conceptuelles et théoriques pour comprendre, diagnostiquer et des irritabilités du système neural du membre inférieur
- Réaliser un Bilan-Diagnostic Kinésithérapique (BDK) et établir un diagnostic kinésithérapique et un diagnostic de contre-indication
- Construire et mettre en œuvre un traitement adapté de ces sciatiques canalaires ou périphériques et des particularités du patient
- Maîtriser les techniques et les technologies des tests valides pour permettre un diagnostic précis des affections radiculaires lombaires ou tronculaires d'origine canalaire ou périphérique
- Informer et éduquer le patient à des règles d'hygiène de vie et de prophylaxie en lui prodiguant des conseils et exercices d'auto-rééducation
- Effectuer une évaluation récurrente de sa pratique professionnelle et de l'évolution de l'état de santé du patient

2) RESUME

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

Matin :

Contenus :

9h00-9h30

- Restitution des grilles « Pré-formation » (**pré-test**) et tour de table
- Retour sur les auto-évaluations de la pratique professionnelle

9h30-12h30

- 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 canalaires
- Anatomie palpatoire et repérage des structures tissulaires
- Les accrochages ou restriction de mobilité du nerf
- Anatomie et physiopathologie du nerf grand sciatique

Objectifs

- Utiliser des savoirs anatomiques et biomécaniques, utiles à la prise en charge kinésithérapique des sciatiques, qu'elles soient « vraies ou fausses »
- Maîtriser les spécificités de l'ensemble des syndromes inflammatoires ou douloureux sciatiques rencontrés dans la pratique courante
- Maîtriser à travers le raisonnement clinique la prise en charge la physiopathologie de ces syndromes compressifs et leur symptomatologie,
- Maîtriser les « clés » conceptuelles et théoriques pour comprendre, diagnostiquer et des irritabilités du système neural du membre inférieur

➤ 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



Après-midi :

Contenus :

13h30-15h00

- Anamnèse, symptômes, signes cliniques
- Diagnostic différentiels :
 - origine osseuse
 - origine rachidienne
 - origine périarticulaire

15h00-17h00

- 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

Objectifs de la première journée :

- Réaliser un Bilan-Diagnostic Kinésithérapique (BDK) et établir un diagnostic kinésithérapique et un diagnostic de contre-indication
- Construire et mettre en œuvre une rééducation adaptée en fonction du type de lésion et des particularités du patient
- Maîtriser les techniques et les technologies des tests valides pour permettre un diagnostic précis des affections radiculaires lombaires ou tronculaires d'origine canalaire ou périphérique

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

Matin :

Contenus :

9h00-12h30

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

Objectifs de la seconde journée :

- Construire et mettre en œuvre une rééducation adaptée aux particularités du syndrome du piriforme
- Informer et éduquer le patient à des règles d'hygiène de vie et de prophylaxie en lui prodiguant des conseils et exercices d'auto-rééducation
- Effectuer une évaluation continue de sa pratique professionnelle et de l'évolution de l'état de santé du patient

Après-midi :

Contenus :

13h30-14h30

- Nerf tibial : syndrome de Morton, syndrome du tunnel tarsien
- Syndrome du fibulaire commun

14h30-16h30

- Cas clinique

16h30-17h

- Evaluation de la formation
- Questions/réponses
- Synthèse –évaluation « post-formation » (post-test)

Objectifs :

- Maîtriser la rééducation de formes physiopathologiques particulières
- Réaliser un Bilan-Diagnostic Kinésithérapique (BDK) et établir un diagnostic kinésithérapique et un diagnostic de contre-indication
- Construire et mettre en œuvre un traitement adapté selon les particularités du patient

➤ 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



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 de 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
- **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

1. Pommerol P. « Pourquoi le lumbarol soulage au niveau lombaire les radiculalgies foraminales » Physiopolis, n° 15, septembre 08 p 62
2. Pommerol P. « L'indication et évaluation des traitements neuroméningés », Physiopolis, n°17, décembre 2008.
3. Pommerol P. « Technique de mobilisation et d'ostéopathie neurodynamique », Physiopolis, n°16, janvier 2009, p40.

➤ 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



4. Pommerol P. « Thérapie manuelle structurelle et ostéopathie coxo-fémorale », Kiné Scientifique, n°496, février 2009, p25 à 33.
5. Pommerol P., Fouquet H. « ouverture ou fermeture du foramen intervertébral lombaire dans un conflit foraminal » Kiné scientif., p51-54, n°541, mars 2013
6. Pommerol P., Fouquet H. « recommandations professionnelles sur les manipulations dans la lombalgies » Kiné scientif., p51-54, n°543, mai 2013
7. Pommerol P, Pommerol C. « Le traitement par mobilisation directe dans la lombodorsalgie.1- Technique et revue de la littérature », KS n°547 - octobre 2013, pp77-82.
8. Pommerol P, Pommerol C. « Le traitement par mobilisation directe dans la lombodorsalgie.1- biomécanique de la technique », KS n°549- décembre 2013, pp 70-77
9. Pommerol P, Riffard R. « thérapie manuelle et techniques ostéopathique d'une sciatique L5 chez une patiente de 38 ans » kiné scientifique n°524 sept 2011

Références bibliographiques du cours

1. Argaud, Sébastien. 2012. « Syndrome du piriforme : Base anatomique, diagnostic et traitement. » Mémoire de fin d'étude. Lyon. PLP Formation. 56 p.
2. Assendelft WJJ et al. Spinal manipulative therapy for low back pain. Cochr Datab Syst Rev, 2005.
3. Bard, H., Demondion, X., Vuillemin, V. (2007). Entrapement syndromes of gluteal area and lateral side of hip. Revue du rhumatisme, 74, 393-400.
4. 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
5. Butler, D. S., & Jones, M. A. (1995). Mobilisation of the nervous system. Berlin: Springer-Verlag.
6. 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.
7. Cleland, J. (2005). Orthopaedic Clinical examination: an Evidence-based Approach for Physical Therapists. (1 edition ed.): Saunders.
8. Clinical guidelines for the physiotherapy management of persistent low back pain. The chartered society of physiotherapy. Londres. 2006.
9. 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.
10. Fishman, L., Schaefer, MP. (2003). Piriformis syndrome: the piriformis syndrome is underdiagnosed. . Muscle Nerve, 28, 646-649.
11. Foster, N. E., Anema, J. R., Cherkin, D., Chou, R., Cohen, S. P., Gross, D. P., ... & Turner, J. A. (2018). Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. The Lancet, 391(10137), 2368-2383.
12. Halpin, R. J., & Ganju, A. (2009). Piriformis syndrome: a real pain in the buttock? Neurosurgery, 65(4 Suppl), A197-202.
13. Haute Autorité de Santé (HAS): Recommandations professionnelles : Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique – Décembre 2000
14. Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 04 avr. 2019.
15. Haute Autorité de Santé (HAS): Recommandations professionnelles : Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatique communes de moins de trois mois d'évolution –février 2000

➤ 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



16. Maher CG. Effective physical treatment for chronic low back pain. *Orthop Clin North Am* 2004;35(1):57-64.
17. Maher, C., Underwood, M., & Buchbinder, R. (2017). Non-specific low back pain. *The Lancet*, 389(10070), 736-747.
18. 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
19. National Institute for Health and Care Excellence - clinical practice guidelines - Sciatica (lumbar radiculopathy)- November 2009
20. Nijs, J., Apeldoorn, A., Hallegraeff, H., Clark, J., Smeets, R., Malfliet, A., ... & Ickmans, K. (2015). Low back pain: guidelines for the clinical classification of predominant neuropathic, nociceptive, or central sensitization pain. *Pain physician*, 18(3), E333-46.
21. Oliveira, C. B., Maher, C. G., Pinto, R. Z., Traeger, A. C., Lin, C. W. C., Chenot, J. F., ... & Koes, B. W. (2018). Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *European Spine Journal*, 27(11), 2791-2803.
22. 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.
23. Savigny P et al. Low back pain: Early management of persistent non specific low back pain full guidelines - May 2009. National collabo-rating centre for primary care : w.csst.qc.ca/nos_partenaires/medecins/Documents/CLIPLombalgiesGuide2006.pdf
24. Searle, A., Spink, M., Ho, A., & Chuter, V. (2015). Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical rehabilitation*, 29(12), 1155-1167.
25. Stochkendahl, M. J., Kjaer, P., Hartvigsen, J., Kongsted, A., Aaboe, J., Andersen, M., ... & Jensen, L. D. (2018). National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *European Spine Journal*, 27(1), 60-75.
26. Van Tulder M, Koes B. Low back pain and sciatica (acute). *Clin Evid* 2003;10:1343-58.
27. Van Tulder M, Waddell G. Conservative treatment of acute and suba-cute low back pain. In: Nachenson A, Jonsson E (eds) *Neck and back pain: The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment*,. Phi-ladelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: Chapter 11: 241-69.
28. Verhagen, A. P., Downie, A., Popal, N., Maher, C., & Koes, B. W. (2016). Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. *European Spine Journal*, 25(9), 2788-2802.

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

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 sciatalgie 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	☐	☐	☐