

NOUVELLE FORMATION

Durée de la formation :

2 jours (14 heures)

Nombre de stagiaires minimum : 5

Nombre de stagiaires maximum : 20

Accessibilité : Contactez-nous en vous inscrivant de manière à anticiper au mieux l'adaptation de l'environnement, de la pédagogie, du contenu et des évaluations de votre formation

Coût de la formation :

Tarif pris en charge DPC : 756€

Tarif autre financement (FIF PL, salarié ou personnel) : 564€

Coût des repas (non pris en charge) : 26€

Financement 2024 :

Possibilité prise en charge ANDPC sous condition : Réf : 10542325008

Prise en charge FIF PL 2024 possible

Pré-requis :

Masseurs-Kinésithérapeutes DE

Pré-requis techniques :

Lors de la formation, merci de vous munir d'un smartphone, une tablette ou un ordinateur afin de remplir les évaluations en ligne

Dates, lieux, disponibilité :

Consulter notre calendrier : tminstitute.fr

Objectifs de la formation :

La finalité de cette formation est de permettre aux kinésithérapeutes de prendre en charge des patients présentant une coxalgie, dès les premiers dysfonctionnements jusqu'à la construction, la planification et la mise en œuvre d'une action rééducative (thérapeutique, éducatrice, et préventive) correspondant aux objectifs du patient.

Pour cela les objectifs de formations seront de :

- Améliorer les connaissances générales du praticien sur le traitement des pathologies de la hanche de l'adulte par la démonstration de l'inclusion de cette articulation dans un véritable système « Lombo - Pelvic – Hip – Complex » (LPHC)
- Comprendre le rôle de l'appareil musculaire dans les dysfonctionnements du LPHC comme dans son bon fonctionnement
- Mettre en évidence les interactions et les conflits entre les différents éléments du complexe LPHC de l'adulte
- Établir un bilan clinique qu'on appellera Bilan CGH (Concept Global de Hanche) considérant le patient dans sa globalité qui servira de feuille de route pour la prise en charge permettant de suivre l'évolution du patient, de contrôler l'efficacité du traitement et qui servira de base à la communication avec les autres professionnels de santé,
- Établir un diagnostic différentiel : Hanche, Lombaires, Sacro-Iliaque, ou Pubalgie
- Développer un raisonnement clinique qui permette de traiter méthodiquement les pathologies de hanche
- Maîtriser les techniques manuelles de la rééducation du LPHC
- Co-construire avec le patient, en fonction des données du bilan un programme de rééducation adapté, en progressant du passif à l'actif, qui le rende acteur de sa prise en charge,
- Autonomiser le patient pour lui permettre de poursuivre ce travail en dehors du cabinet en construisant avec lui des routines d'exercices qui pérenniseront les effets du traitement et diminueront le risque de récurrence.



DOC-8.3.5-261 M 03/04/2024

En 2022 / 2023	
	Nombre de MK formés 26
	Note de satisfaction 8.78/10
	Thème adapté aux besoins 96.15%

Intervenants (suivant les sessions) :



Yoan PEREIRA - MKDE & Master 2 préparateur physique
Parcours STAPS & Entraînement sportif
Spécialiste en Orthopédie et Rhumatologie du membre inférieur
Kiné de l'équipe de France Olympique Aviron JO Londres 2012 et JO Rio 2016

Méthodologie pédagogique :

Afin d'atteindre les objectifs définis, de permettre un apprentissage efficace et durable, tout en se conformant aux recommandations de l'HAS, **plusieurs méthodes complémentaires** ont été choisies :

- **La méthode affirmative :**

Le formateur expose des contenus théoriques à travers la présentation de diaporamas et de vidéos. Son intervention est illustrée et complétée par la remise de documents aux participants à télécharger sur notre plateforme tels que supports de cours, bibliographie, différents travaux et articles scientifiques, etc.

- **La méthode démonstrative :**

Tout au long de la formation, le formateur effectue des démonstrations telles que repérages anatomiques, réalisation des gestes de bilan ou de rééducation....

- **La méthode participative et interrogative :**

Les masseurs-kinésithérapeutes participent de manière active à la formation dans le cadre d'ateliers interactifs. Visant à créer une dynamique de groupes, ces ateliers ont également pour objectif :

- L'interrogation de chacun sur ses propres pratiques,
- La confrontation entre praticiens et échange d'expériences,
- La mise en application des enseignements théoriques et pratiques.

L'utilisation de quiz interactifs.

La mise en application des gestes exposés par le formateur s'effectue en binôme et de manière répétée. Chacun est à tour de rôle soignant/soigné.

Des jeux de rôles sont proposés pour une mise en situation réaliste et une évaluation par les pairs.

Modalités d'évaluation et de suivi :

Evaluation des connaissances réalisée à partir d'un questionnaire en début et en fin de formation.

Evaluation de la pratique par les pairs en fin de formation.

Evaluation de la satisfaction à chaud réalisée à la fin de la formation.

Evaluation à froid réalisée à 6 mois.

Une **attestation de présence** est remise aux participants à l'issue de la formation.



Programme détaillé de la formation :

Durée	JOUR 1	Méthodes pédagogiques Mode travail (individuel / groupe)
30'	<p>Avertissement : les sujets transversaux tel que la prise en charge du patient dans sa globalité, l'autonomisation, l'information thérapeutique, l'auto-rééducation seront répartis dans les différents sujets de la formation pour éviter toutes redondances.</p> <p>Evaluation des connaissances pré-formation</p> <p>Inclusion</p> <p>Brise-glace 3 questions en rapport avec un cas clinique, travail en petits groupes, puis restitution</p> <p>Recueil des pratiques des stagiaires sur ces questions</p> <p>Recueil des attentes</p> <p>Présentation du programme de la formation</p> <p>Principes de l'EBP, Scientite, Populite et Dogmatite</p>	<p>Inclusion</p> <p>Travail en groupe</p>
45'	<p>PALPATION</p> <p>Palpations des structures</p> <p>Palpation repères osseux, musculaires et tendineux de la zone anatomique</p> <p>Objectif pédagogique</p> <p>Connaître les repères anatomiques et bien positionner ses mains</p>	<p>Pratique en binôme</p>
45'	<p>ANATOMIE</p> <p>Anatomie Coxo Fémorale</p> <p>Anatomie Symphyse Pubienne</p> <p>Anatomie Sacro-Iliaque</p> <p>Objectif pédagogique</p> <p>Reprendre les notions d'anatomie pour ancrer la palpation des repères osseux, tendineux et musculaires</p> <p>Comprendre les interactions mécaniques des différents éléments du LPHC</p>	<p>Théorie</p>
	PAUSE	
30'	<p>EDUCATIFS</p> <p>Éducatifs gestuels</p> <p>Objectif pédagogique</p> <p>Eduquer la qualité gestuelle pour être capable d'obtenir le relâchement du patient</p>	<p>Pratique en binôme</p>
30'	<p>BIOMECANIQUE</p> <p>Explication et démonstration des principes biomécaniques qui permettent de comprendre le fonctionnement du LPHC et ses dysfonctionnements</p> <p>Objectif pédagogique</p> <p>Maîtriser la biomécanique afin d'apporter les éléments nécessaires à la compréhension de la physiopathologie et être capable de l'expliquer avec un vocabulaire simple au patient lors du bilan initial afin de l'inclure dans son projet thérapeutique</p>	<p>Théorie</p>

30'	<p>BILAN CGH</p> <p>Démonstration et expérimentation de l'enchaînement du Bilan Clinique CGH :</p> <p>Apprentissage de l'enchaînement depuis l'installation du patient sur la table, aux tests spécifiques de chacune des principales causes de douleur de hanche.</p> <p><u>Objectif pédagogique</u></p> <p>Réaliser l'enchaînement du Bilan Clinique CGH qui servira de feuille de route pour la prise en charge et de base d'échange interprofessionnel</p>	<p>Bilan</p> <p>Pratique</p>
	DEJEUNER	
1h	<p>CONSTRUCTION DU BILAN (SUITE)</p> <p>Anamnèse : Interrogatoire, survenue de la symptomatologie</p> <p>Quelles questions poser aux patients ?</p> <p>Bilan Clinique</p> <p>Scores fonctionnels</p> <p>Analyse de la charge de sollicitation : quantification des contraintes mécaniques</p> <p><u>Objectif pédagogique</u></p> <p>Établir un bilan kinésithérapique qu'on appellera Bilan CGH qui servira de feuille de route pour la prise en charge</p>	<p>Théorie</p>
1h	<p>PHYSIOPATHOLOGIE ET RAISONNEMENT DIAGNOSTIQUE</p> <p>Catégorisation des pathologies de la hanche douloureuse dans le complexe LPHC.</p> <p>Raisonnement diagnostique à partir des éléments travaillés lors des précédentes séquences</p> <p>1) Analyse Clinique : Interrogatoire, Anamnèse</p> <p>2) Bilan CGH</p> <p><u>Objectif pédagogique</u></p> <p>Catégoriser et mettre en évidence les interactions entre tous les différents éléments de la hanche.</p> <p>Maîtriser le raisonnement diagnostique kinésithérapique à la fois pour comprendre la problématique du patient, définir une PEC adaptée et lui expliquer la stratégie choisie afin de l'inclure dans cette PEC</p>	<p>Théorie</p>
	PAUSE	
45'	<p>DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL</p> <p>-> SP / SI / Lomaires</p> <p>Compléments d'investigation (imagerie)</p> <p>Scores Fonctionnels</p> <p><u>Objectif pédagogique</u></p> <p>Maîtriser le raisonnement diagnostique kinésithérapique</p> <p>Établir un diagnostic différentiel : Hanche, Lomaires, Sacro-Iliaque, ou Pubalgie</p>	<p>Théorie</p>
1h15	<p>REEDUCATION</p> <p>Manœuvres de corrections des dysfonctions Coxo-Fémorale</p> <p>Corrections Sacro-Iliaque : Iliaque antérieure et iliaque postérieure</p> <p>Correction Symphyse Pubienne : manœuvres de décoaptation</p> <p><u>Objectif pédagogique</u></p> <p>Réaliser les techniques manuelles de la rééducation du LPCH chez l'adulte</p>	<p>Pratique en binôme</p>

Durée	JOUR 2	Méthodes pédagogiques Mode travail (individuel / groupe)
30'	<p>INCLUSION</p> <p>Réviser le Bilan et Catégorisation des affections principales de la Hanche</p> <p>Répétition de l'enchaînement des gestes du Bilan Clinique CGH.</p> <p>Objectif pédagogique</p> <p>Maîtriser l'enchaînement du Bilan Clinique CGH</p>	Théorie
1h30	<p>REEDUCATION</p> <p>Répétition gestes veilles : Installation du patient prise pour la triple flexion</p> <p>Manœuvres de correction des dysfonctionnements de l'articulation Coxo-Fémorale, Symphyse Pubienne, et Sacro Iliaque.</p> <p>Objectif pédagogique</p> <p>Maîtriser les techniques manuelles de la rééducation du LPCH</p>	Pratique en binôme
	PAUSE	
30'	<p>REEDUCATION ACTIVE</p> <p>Proposer un renforcement musculaire centré sur la stabilisation du LPHC : stabilisateur de hanche et de bassin</p> <p>Assouplissement des chaînes musculaires postérieure</p> <p>Apprentissage d'exercices de mobilité articulaire Coxo-Fémorale, Sacro-Iliaque, Lombaire et Symphyse Pubienne</p> <p>Diminution contrainte mécanique articulaire</p> <p>Amélioration de la proprioception et de la coordination</p> <p>Objectif pédagogique</p> <p>Comprendre les principes de la rééducation active du patient</p> <p>Rendre les patients acteurs de leur rééducation en mettant en place des exercices le plus actifs et fonctionnels possibles</p> <p>Autonomiser les patients face à des exercices à répéter ensuite en dehors du cabinet</p> <p>Critères de fin de rééducation :</p> <p>Lors d'un sevrage progressif de la rééducation, avec une fréquence de 2 séances hebdomadaires, puis une, puis une tous les 15 jours, l'état du patient est stable car il est autonomisé en réalisant ces exercices d'auto-rééducation.</p>	Théorie
45	<p>REEDUCATION ACTIVE</p> <p>Travail de mobilité par des exercices d'amplitude articulaires</p> <p>Renforcement musculaire des stabilisateurs de hanche, du bassin et du tronc.</p> <p>Education thérapeutique</p> <p>Démonstration exercices et partage de vidéos d'exercice</p> <p>Objectif pédagogique</p> <p>Rendre les patients acteurs de leur rééducation en mettant en place des exercices le plus actifs et fonctionnels possibles</p>	Pratique
	DEJEUNER	

45'	<p>TRAITEMENT CHIRURGICAL</p> <p>Présentation du Traitement chirurgical Rééducation et délais post opératoire</p> <p><u>Objectif pédagogique</u></p> <p>Comprendre les différents traitements chirurgicaux pour mettre en place un traitement adapté</p>	Théorie
1h	<p>CO-CONSTRUCTION DE L'ALGORITHME DECISIONNEL</p> <p>Tableau synthétique reprenant toutes les notions étudiées.</p> <p>La catégorisation de la symptomatologie de la hanche douloureuse, et la bonne compréhension des dysfonctions du LPHC et du traitement adapté qui en découle permettent de construire l'algorithme décisionnel qui synthétise tout ce qui a été acquis au cours de cette formation.</p> <p>1) Analyse Clinique 2) Bilan CGH 3) Compléments d'investigation (imagerie) 4) Scores Fonctionnels 5) Rééducation</p> <p><u>Objectif pédagogique</u></p> <p>Développer un raisonnement clinique qui permette de traiter méthodiquement les pathologies de hanche</p> <p>Construire l'algorithme décisionnel qui synthétise tout ce qui a été acquis au cours de cette formation CGH</p>	Théorie Travail Participatif Co Construction
	PAUSE	
45'	<p>EVALUATION ENTRE PAIRS SUR CAS CLINIQUES AVEC JEUX DE ROLE</p> <p>Triplettes composées d'un patient, un MK, et un examinateur.</p> <p>Chacun joue un de ces rôles en suivant une liste de symptômes qu'évoque un patient afin de mettre en place le Bilan CGH et tout le raisonnement clinique nécessaire à la formulation d'une hypothèse diagnostique ainsi qu'une proposition de PEC rééducative adaptée.</p> <p><u>Objectif pédagogique</u></p> <p>Mettre en pratique un raisonnement clinique adapté</p>	Evaluation entre pairs en trinôme Jeux de rôles
45'	<p>DECLUSION</p> <p>Synthèse de toute la formation</p> <p>Reprise du Paper Board et des 3 Questions initiales</p> <p>Liste des attentes des stagiaires</p> <p>Synthèse du Bilan CGH</p> <p>Algorithme décisionnel des pathologies de la Hanches douloureuse</p> <p>Ponts avec la nécessaire rééducation du patient dans sa globalité, prise en compte des articulations Lombaires et Genoux, Chevilles.</p> <p>Evaluation des connaissances post-formation</p> <p>Evaluation de la formation</p>	Synthèse Ouverture

Bibliographie :

Accadbled F, Pailhé R, Launay F, Nectoux E, Bonin N, Gicquel P. et coll. "Femoroacetabular impingement." Legg-Calve-Perthes disease: from childhood to adulthood. *Orthop Traumatol Surg Res* 2014;100(6):647–649. Publ. en ligne du 10 sept. 2014.

Ayeni OR, Banga K, Bhandari M, Maizlin Z, de Sa D, Golev D. et coll. Femoroacetabular impingement in elite ice hockey players. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2014;22(4):920–925. Publ. en ligne du 11 juill. 2013.

Beck M, Kalhor M, Leunig M, Ganz R. Hip morphology influences the pattern of damage to the acetabular cartilage: femoroacetabular impingement as a cause of early osteoarthritis of the hip. *J Bone Joint Surg Br* 2005;87(7):1012–1018.

Bedi A, Kelly BT. Femoroacetabular impingement. *J Bone Joint Surg Am* 2013;95(1):82–92.

Chaudhry H, Ayeni OR. The etiology of femoroacetabular impingement: what we know and what we don't. *Sports Health* 2014;6(2):157–161.

Clohisy JC, Carlisle JC, Beaulé PE, Kim YJ, Trousdale RT, Sierra RJ. et coll. A systematic approach to the plain radiographic evaluation of the young adult hip. *J Bone Joint Surg Am* 2008;90(Suppl 4):47–66.

Clohisy JC, Knaus ER, Hunt DM, Leshner JM, Harris-Hayes M, Prather H. Clinical presentation of patients with symptomatic anterior hip impingement. *Clin Orthop Relat Res* 2009;467(3):638–644. Publ. en ligne du 7 janv. 2009.

De Sa D, Urquhart N, Philippon M, Ye JE, Simunovic N, Ayeni OR. Alpha angle correction in femoroacetabular impingement. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2014;22(4):812–821. Publ. en ligne du 21 sept. 2013.

Eijer H, Leunig M, Mahomed M, Ganz R. Cross-table lateral radiographs for screening of anterior femoral head-neck offset in patients with femoro-acetabular impingement. *Hip Int* 2001;11(1):37–41.

Fernandez M, Wall P, O'Donnell J, Griffin D. Hip pain in young adults. *Aust Fam Physician* 2014;43(4):205–209.

Ganz R, Leunig M, Leunig-Ganz K, Harris WH. The etiology of osteoarthritis of the hip: an integrated mechanical concept. *Clin Orthop Relat Res* 2008;466(2):264–272. Publ. en ligne du 10 janv. 2008.

Ganz R, Parvizi J, Beck M, Leunig M, Nötzli H, Siebenrock KA. Femoroacetabular impingement: a cause for osteoarthritis of the hip. *Clin Orthop Relat Res* 2003;(417):112–120.

Gicquel T, Gédouin JE, Krantz N, May O, Gicquel P, Bonin N. et coll. Function and osteoarthritis progression after arthroscopic treatment of femoroacetabular impingement : a prospective study after a mean follow-up of 4.6 (4.2–5.5) years. *Orthop Traumatol Surg Res* 2014;100(6):651–656. Publ. en ligne du 23 août 2014.

Gosvig KK, Jacobsen S, Sonne-Home S, Palm H, Troelsen A. Prevalence of malformations of the hip joint and their relationship to sex, groin pain, and risk of osteoarthritis: a population-based survey. *J Bone Joint Surg Am* 2010;92(5):1162–1169.

Hananouchi T, Yasui Y, Yamamoto K, Toritsuka Y, Ohzono K. Anterior impingement test for labral lesions has high positive predictive value. *Clin Orthop Relat Res* 2012;470(12):3524–3529. Publ. en ligne du 6 juill. 2012.

Harris JD, Erickson BJ, Bush-Joseph CA, Nho SJ. Treatment of femoroacetabular impingement: a systematic review. *Curr Rev Musculoskelet Med* 2013;6(3):207–218.

Harris WH. Etiology of osteoarthritis of the hip. *Clin Orthop Relat Res* 1986;(213):20–33.

Hessel JA. Femoroacetabular impingement in athletes. *Orthop Nurs* 2014;33(3):137–139.

Hunt MA, Guenther JR, Gilbert MK. Kinematic and kinetic differences during walking in patients with and without symptomatic femoroacetabular impingement. *Clin Biomech (Bristol, Avon)* 2013;28(5):519–523. [PubMed] [Google Scholar] Publ. en ligne du 26 mai 2013. Erratum dans: *Clin Biomech (Bristol, Avon)* 2013;28(8):948.

Kemp JL, King MG, Barton C, et al. *Br J Sports Med* Epub ahead of print: [please include Day Month Year]. doi:10.1136/bjsports-2018-100173

Lahner M, Walter PA, von Schulze Pellengahr C, Hagen M, von Engelhardt LV, Lucas C. Comparative study of the femoroacetabular impingement (FAI) prevalence in male semiprofessional and amateur soccer players. *Arch Orthop Trauma Surg* 2014;134(8):1135–1141. Publ. en ligne du 25 mai 2014.

Leunig M, Ganz R. Femoroacetabular impingement. A common cause of hip complaints leading to arthrosis [article en allemand]. *Unfallchirurg* 2005;108(1):9–10, 12–17.

Loudon JK, Reiman MP. Conservative management of femoroacetabular impingement (FAI) in the long distance runner. *Phys Ther Sport* 2014;15(2):82–90. Publ. en ligne du 4 mars 2014.

Lung R, O'Brien J, Grebenyuk J, Forster BB, De Vera M, Kopec J. et coll. The prevalence of radiographic femoroacetabular impingement in younger individuals undergoing total hip replacement for osteoarthritis. *Clin Rheumatol* 2012;31(8):1239–1242. Publ. en ligne du 3 mai 2012.

MacLeod MG, Hoppe DJ, Simunovic N, Bhandari M, Philippon MJ, Ayeni OR. YouTube as an information source for femoroacetabular impingement: a systematic review of video content. *Arthroscopy* 2015;31(1):136–142. Publ. en ligne du 20 août 2014.

Mancini D, Fontana A. Five-year results of arthroscopic techniques for the treatment of acetabular chondral lesions in femoroacetabular impingement. *Int Orthop* 2014;38(10):2057–2064. Publ. en ligne du 21 juin 2014.

Martin HD. Clinical examination of the hip. *Oper Tech Orthop* 2005;15(3):177–181.

Mascarenhas, V.V., Castro, M.O., Rego, P.A. et al. The Lisbon Agreement on Femoroacetabular Impingement Imaging—part 1: overview. *Eur Radiol* 30, 5281–5297 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00330-020-06822-9>

Mladenović D, Andjelković Z, Vukasinović Z, Mitković M, Milenković S, Micić I. et coll. Early clinical results of surgical treatment of patients with femoroacetabular impingement. *Srp Arh Celok Lek* 2014;142(5–6):325–329

Nicholls AS, Kiran A, Pollard TC, Hart DJ, Arden CP, Spector T. et coll. The association between hip morphology parameters and nineteen-year risk of end-stage osteoarthritis of the hip: a nested case-control study. *Arthritis Rheum* 2011;63(11):3392–3400.

Palmer AJR, Ayyar Gupta V, Fernquest S, Rombach I, Dutton SJ, Mansour R, Wood S, Khanduja V, Pollard TCB, McCaskie AW, Barker KL, Andrade TJMD, Carr AJ, Beard DJ, Glyn-Jones S; FAIT Study Group. Arthroscopic hip surgery compared with physiotherapy and activity modification for the treatment of symptomatic femoroacetabular impingement: multicentre randomised controlled trial. *BMJ*. 2019 Feb 7;364:l185. doi: 10.1136/bmj.l185. Erratum in: *BMJ*. 2021 Jan 18;372:m3715. PMID: 30733197; PMCID: PMC6365841.

Ramachandran M, Azegami S, Hosalkar HS. Current concepts in the treatment of adolescent femoroacetabular impingement. *J Child Orthop* 2013;7(2):79–90. Publ. en ligne du 11 janv. 2013.

Ratzlaff C, Simatovic J, Wong H, Li L, Ezzat A, Langford D. et coll. Reliability of hip examination tests for femoroacetabular impingement. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2013;65(10):1690–1696.

Reis AC, Rabelo ND, Pereira RP, Polesello G, Martin RL, Garcia Lucareli PR. et coll. Radiological examination of the hip – clinical indications, methods, and interpretation: a clinical commentary. *Int J Sports Phys Ther* 2014;9(2):256–267.

Reiman MP, Agricola R, Kemp JL, et al. *Br J Sports Med* Epub ahead of print: [please include Day Month Year]. doi:10.1136/bjsports-2019-101453

Stafford G, Witt J. The anatomy, diagnosis and pathology of femoroacetabular impingement. *Br J Hosp Med (Lond)* 2009;70(2):72–77.

Tanzer M, Noiseux N. Osseous abnormalities and early osteoarthritis: the role of hip impingement. *Clin Orthop Relat Res* 2004; (429):170–177.

Thomas GE, Palmer AJ, Andrade AJ, Pollard TC, Singh Fary CP, et al. Diagnosis and management of femoroacetabular impingement. *Br J Gen Pract* 2013;63(612):e513–e515.

Thomas GER, Palmer AJR, Batra RN, Kiran A, Hart D, Spector T. et coll. Subclinical deformities of the hip are significant predictors of radiographic osteoarthritis and joint replacement in women. A 20 year longitudinal cohort study. *Osteoarthritis Cartilage* 2014;22 (10):1504–1510. Publ. en ligne du 15 juill. 2014.

Tibor LM, Leunig M. The pathoanatomy and arthroscopic management of femoroacetabular impingement. *Bone Joint Res* 2012;1 (10):245–57.

Trigg SD, Schroeder JD, Hulsopple C. Femoroacetabular Impingement Syndrome. *Curr Sports Med Rep.* 2020 Sep;19(9):360-366. doi: 10.1249/JSR.0000000000000748. PMID: 32925375.

Wall PDH, Dickenson EJ, Robinson D, et al. *Br J Sports Med* 2016;50:1217–1223.

Wright, A.A., Tarara, D.T., Gisselman, A.S., Dischiavi, S.L., Do currently rescribed exercises reflect contributing pathomechanics associated with femoroacetabular impingement syndrome? A Scoping Review, *Physical Therapy in Sports*, <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2020.11.034>.

Yen YM, Kocher MS. Clinical and radiographic diagnosis of femoroacetabular impingement. *J Pediatr Orthop* 2013;33(Suppl 1):S112–S120.