

Concept Global de Hanche

Diagnostic, Recentrage et Prévention des coxalgies



DESCRIPTIF 2021

Durée de la formation :

2 jours (14 heures)

Nombre de stagiaires minimum : 7

Nombre de stagiaires maximum : 20

Accessibilité : Nous contacter

Coût de la formation et prise en charge :

585€ non soumis à la TVA

Spécialités concernées :

Masseurs-Kinésithérapeutes DE

Connaissance de l'anatomie de la hanche
(d'après documents fournis par TM Institute)

Dates, lieux, disponibilité :

Consulter notre calendrier : tminstitute.fr

Objectifs de la formation :

- Comprendre la biomécanique, les dysfonctionnement et la physiopathologie de l'enfance à l'adulte; du rhume de hanche à la coxarthrose,
- Maîtriser la réalisation du bilan clinique de la hanche, selon des critères et indicateurs internationaux validés (démarche EBP), tests globaux et spécifiques du décentrage de hanche,
- Utiliser le raisonnement diagnostique pour établir des hypothèses, les hiérarchiser et mettre en discussion les éléments objectifs du bilan avec ceux de la réalité scientifique,
- Établir le diagnostic différentiel de la pubalgie et du CAFA,
- Maîtriser les techniques d'harmonisation articulaire de la hanche,
- Maîtriser les principes de rééducation de la hanche et des coxalgies,
- Hiérarchiser ses choix techniques et technologiques, planifier sa prise en charge ainsi que les interactions interprofessionnelles.



En 2019



Nombre de MK formés

33



Note de satisfaction

9.25/10



Thème adapté aux besoins

96.96%

DOC-8.3.5-24 S 22/07/2020

Intervenants (suivant les sessions) :



Yoan PEREIRA - MKDE & Master 2 préparateur physique
Exerce au centre de rééducation Orthosport (Responsable Pôle membre inférieur)



Sébastien MATHIEU - MKDE - Ostéopathe

Méthodologie pédagogique :

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

- **La méthode affirmative :**

Exposé des contenus théoriques par le formateur à travers la présentation de diaporamas et de vidéos.

Intervention illustrée et complétée par la remise de documents aux participants sous forme de Clés USB et/ou de supports papier tels que supports de cours, bibliographie, fiche d'évaluation du patient, vidéos, etc.

Démonstrations telles que repérages anatomiques, réalisation des gestes de bilan ou de rééducation,, etc.

- **La méthode participative :**

Participation active des masseurs-kinésithérapeutes dans la cadre d'ateliers. Visant à créer une dynamique de groupes, à l'interrogation de chacun sur ses propres pratiques, à la confrontation entre praticiens, à la mise en application des enseignements théoriques et pratiques.

Différents produits et matériels pourront être mis à disposition des participants pour la réalisation de ces travaux pratiques : tables de massages, strap....

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 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 :

JOUR 1

Présentation du formateur

Inclusion – Evaluation de la pratique professionnelle

Evaluation des connaissances pré-formation

Objectifs de la formation

Anatomie et palpation

Os, ligaments, tendons, muscles

Objectifs pédagogiques : maîtriser la palpation pour le bilan clinique, apprendre avec précision les différents repères anatomiques

Biomécanique fonctionnelle de l'articulation coxo-fémorale

Objectifs pédagogiques : Comprendre les mécanismes de stabilité de la hanche

Physiopathologie

Objectifs pédagogiques : Comprendre les étiologies traumatiques de la hanche

Bilan clinique

- Accueil d'une coxalgie en urgence

- Importance de l'interrogatoire et de l'inspection

- Bilan clinique de la coxo-fémorale

- Recherche de lésions ligamentaires, tendineuse ou osseuses

- Recherche de l'existence de conflits articulaires

- Scores fonctionnels

- Élaboration d'un plan de rééducation

Objectifs pédagogiques : Maîtriser les étapes du bilan clinique de la Hanche dans le cadre des coxalgies

JOUR 2

Bilan clinique

- Accueil d'une entorse en urgence
 - Importance de l'interrogatoire et de l'inspection
 - Bilan clinique de la coxo-fémorale
 - Recherche de lésions ligamentaires, tendineuse ou osseuses
 - Recherche de l'existence de conflits articulaires
- Scores fonctionnels
- Élaboration d'un plan de rééducation

Objectifs pédagogiques : Maîtriser les étapes du bilan clinique de la Hanche dans le cadre des coxalgies

Traitement

Objectifs pédagogiques : Mise au point sur les différents traitements possibles : orthopédique, fonctionnel, chirurgicaux

Rééducation

- Renforcement musculaire adapté
- Reprogrammation neuro musculaire
- Réathlétisation, réintégration de gestes de la vie sportive
- Traitement chirurgical des CAFA et des coxarthroses évoluées

Objectifs pédagogiques : Focus sur la prise en charge en rééducation, présenter les grandes phases de la rééducation

Cas cliniques

Objectifs pédagogiques : intégrer les savoirs abordés lors de la formation par la simulation et la mise en situation

Synthèse de la formation, pont du futur (rééducation connectée, réalité virtuelle connectée), et déclusion

Evaluation des connaissances post-formation

Evaluation de la formation

Bibliographie :

Textes scientifiques et professionnels

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

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.

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.

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.

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

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

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.

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.

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

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

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.

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.

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

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.

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

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.

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.

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.

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.

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

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.

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.

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.

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.

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.

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

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.

Clohisey 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Gicquel T, Gédouin JE, Krantz N, May O, Gicquel P, Boninm 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.

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

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