

Prise en charge des syndromes douloureux de l'adulte Des techniques neurales à l'autonomisation du patient



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 (repas inclus) :

782€ si vous envisagez une prise en charge DPC

590€ si vous envisagez une prise en charge FIF PL ou sans prise en charge

Prise en charge sous réserve de validation par l'ANDPC et le FIF PL

Pré-requis :

Masseurs-Kinésithérapeutes DE

Maîtriser les techniques de récupération de l'amplitude de l'épaule

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 :

L'objectif de cette formation est de permettre au masseur-kinésithérapeute de ré-autonomiser le patient.

A l'issue de la formation, le stagiaire sera capable de :

- Réaliser un bilan diagnostic considérant le patient dans sa globalité (utilisation du score SFMA Selective Functional Movement Assessment) et adapté aux douleurs neuropathiques
- Comprendre les perturbations neuro-dynamiques et la thérapie neuro-méningée
- Traiter des patients présentant des douleurs, dysesthésies, paresthésies, allodynies, résistantes au traitement traditionnel des pathologies musculo-squelettiques
- Identifier par un bilan précis les dysfonctions neuro-dynamiques et neuro-méningées sous-jacentes et appréhender le patient dans sa globalité
- Co-construire avec le patient, en fonction des données du bilan un programme de rééducation adapté aux douleurs neuropathiques. L'accompagnement du patient, en progressant du passif à l'auto-mobilisation, doit lui permettre d'être acteur de sa prise en charge.
- Acquérir des techniques de thérapie neurale complémentaires de prise en charge (massage épineural, mobilisations neurales) permettant de corriger les perturbations neuro-dynamiques grâce à une kinésithérapie neuro-méningée
- Mettre en place une auto-rééducation pour rendre le patient acteur de son traitement et ainsi éviter les récurrences (étirement, auto-mobilisations...)
- Les techniques passives sont complétées par des techniques actives. Les exercices proposés sont simples de façon à être utilisés par le patient en totale autonomie
- Informer et éduquer le patient à des règles d'hygiène de vie en lui prodiguant informations et conseils. Le patient sera au cœur de la prise en charge en le rendant autonome et acteur de sa rééducation.
- Grâce au bilan enseigné, qui sera répété au fil des séances, effectuer une évaluation continue de sa pratique professionnelle tout en suivant l'évolution du patient au jour le jour.



En 2021/2022
Nombre de MK formés
13



Note de satisfaction
9.21/10



Thème adapté aux besoins
100%

DOC-8.3.5-20 AD 16/01/2023

Intervenant :



Paul-Albert TERRASSE - MKDE - Master 2 STAPS Ingénierie de la Préparation Physique - Master APA
Formateur au sein de TM Institute depuis 2014 - Membre actif de la SFRE

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 à télécharger sur notre plateforme et/ou de supports papier tels que supports de cours, bibliographie, différents travaux et articles scientifiques, fiche d'évaluation du patient, etc.

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

- **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.

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

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 différentes parties de la formation pour éviter toutes redondances.

INTRODUCTION

Evaluation des connaissances pré-formation
Présentation du formateur
Inclusion - Faire le point sur l'état de la pratique
Objectifs de la formation

ANATOMIE DU NERF

Objectif pédagogique : décrire les données anatomiques permettant de comprendre l'intérêt et la nécessité de la mobilisation neurale

DESCRIPTION DES ZONES DE COMPRESSION ET DE PALPATION NEURALES

Objectif pédagogique : Connaître et savoir repérer les différents sites de compression des nerfs médian, radial et ulnaire
Savoir communiquer avec le patient sur l'importance des zones de palpations du nerf pour « l'auto massage »

BIOMECANIQUE DU NERF

Objectif pédagogique : Comprendre le comportement mécanique des nerfs lors d'un fonctionnement normal, pathologique et en rééducation

BILAN STRUCTUREL ET FONCTIONNEL

Préambule : un score fonctionnel comme le SFMA (Selective Functionnal Movement Assessment) permet d'appréhender le patient dans sa globalité. Un bilan articulaire des articulations sus et sous-jacentes doit toujours précéder le bilan neural.

Objectifs pédagogique :

- Maîtriser un outil d'évaluation fonctionnelle et de communication (médecin/patient/kiné) : SFMA
- Maîtriser les tests de référence décrits dans la littérature (médian, radial et ulnaire)
- Mettre en évidence une composante neurale à la plainte du patient (test de sensibilisation)
- Etre capable de réaliser les 3 tests de mise en contrainte du tissu neural en moins de 30 secondes par tests.

Pour 3 cas cliniques, établir un diagnostic masso-kinésithérapique à partir d'un interrogatoire ciblé, de tests cliniques et fonctionnels (SFMA)

Ce bilan diagnostique réalisé tout au long de la rééducation afin d'évaluer l'efficacité du traitement et de l'ajuster est un élément clef de la communication avec le patient pour le rendre acteur de son traitement et de le motiver afin de réaliser l'auto-rééducation jusqu'à son autonomisation.

PHYSIOPATHOLOGIE DU NERF

Objectifs pédagogiques : Comprendre les mécanismes qui vont altérer la conduite, la structure et les rapports environnementaux du nerf

REVISION DE LA PALPATION NEURALE ET DES TESTS DE REFERENCE

Objectifs pédagogiques : Revoir les gestes abordés au cours de la journée pour en améliorer la réalisation

JOUR 2

INTRODUCTION DE LA JOURNEE ET REVISION

Objectif pédagogique : Répondre aux questions sur ce qui a été présenté la veille, révision des gestes de palpation neurale
Revoir le site de repérage des nerfs

TRAITEMENT

Objectif pédagogique : Savoir prendre en charge les pathologies du membre supérieur à l'aide de la thérapie manuelle neurale

Communiquer avec le patient sur l'importance des zones de palpations du nerf pour « l'auto massage » afin de le rendre autonome dans sa prise en charge quotidienne

MOBILISATION NEURALE (GLISSEMENT ET ETIREMENT)

Objectif pédagogique : Apprendre les gestes de glissement neural sur chacune des trois articulations du membre supérieur pour les trois principaux nerfs du plexus brachial (médian, radial, ulnaire), et la mise en étirement des principaux nerfs du plexus brachial (médial, radial, ulnaire)

CAS CLINIQUE : du bilan à la pratique

Objectif pédagogique : Acquérir le raisonnement clinique, du bilan à la prise en charge

Valider ce qui a été fait et apporter des techniques complémentaires

AUTO-REEDUCATION ET CRITERES DE FIN DE PRISE EN CHARGE

Objectif pédagogique : Etre capable de mettre en place et d'adapter des exercices actifs à chaque patient pour les conduire vers l'autonomie.

Définir des critères de fin de traitement : sevrage progressif de la rééducation, avec un espacement à 2 fois par semaine, puis une fois, puis tous les 15 jours. Ce sevrage est permis grâce à l'autonomisation du patient

BILAN DE LA FORMATION

Quels adjuvants peuvent avoir leur place dans la prise en charge neurale ?

Par groupe de trois : un évaluateur, un masseur kinésithérapeute qui réalise les 4 tests et un patient cobaye. L'évaluateur note selon des critères vus en formation le kiné, puis le groupe tourne à chaque poste

Evaluation Tour de table, réponse aux questions, bilan de la formation

Evaluation des connaissances post-formation

Evaluation de la formation

FIN DE FORMATION

Bibliographie :

Articles :

- Allieu Y, Amara B. Syndromes canaux du membre supérieur au niveau du coude et de l'avant-bras. *Annale de Chirurgie Plastique Esthétique*, 2002. 47 (1) :36-46.
- Alnot JY, Frajman JM. Syndrome de compression chronique du nerf cubital au niveau du coude : à propos de 74 cas. *Annales de chirurgie de la main et du membre supérieur*, 1992, 11(1) :5-13
- Baron D. Prise en charge locale des syndromes canaux. *Revue du rhumatisme*, avril 2007, vol74 n4 :424-33.
- Baselgia L et al. Negative neurodynamic tests do not exclude neural dysfunction in patients with entrapment neuropathies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*; 98:480-6, 2017
- Bennett M, Attal N. Using screening tools to identify neuropathic pain. *Pain*, 2007; 127: 199-203.
- Berthe A. Réflexions sur la rééducation du syndrome de la traversée cervico-thoracobrachiale. *Chirurgie de la Main*, 2000. 19(4) :218-22.
- Blancher A, Kubis Nathalie. Physiopathogénie des syndromes canaux. *Revue du rhumatisme*, 2007. Vol74, n4 :319-26.
- Bogduk N et al. Diagnostic nerve blocks chronic pain. *Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology*. Vol 16, n:4, 565-78, 2002
- Bouche P. Syndromes canaux des membres. *EMC*, 2010 ;17-113-A-30.
- Bove GM, Light AR. Calcitonin gene-related peptide and peripherin immunoreactivity in nerve sheaths. *Somatosens Mot Res* 1995;12 (1):49-57.
- Bovy P. L'atteinte du nerf sus-scapulaire chez les joueurs de tennis et de volley ball. *JTS*, 1992 :9(2) : 63-8.
- Brunelli G. Le test de Finkelstein contre le test de Brunelli dans la ténosynovite de De Quervain. *Chirurgie de la Main*, 2003.22(1) :43-45.
- Burton C, Chesterton L, Davenport G. Diagnosing and managing carpal tunnel syndrome in primary care. *British Journal of General Practice*, may 2014, 262-3.
- Cambon-Binder A, Sedel L, Hannouche D. Syndromes canaux et des défilés. *Appareil locomoteur*, 2010: 15-005-A-10.
- Chen Y-W et al. Exercise training attenuates neuropathic pain and cytokine expression after chronic constriction injury of rat sciatic nerve, *Pain Mechanisms*, 114: 1330-7, 2012
- Chesterton L et al. The clinical and cost-effectiveness of corticosteroid injection versus night splints for carpal tunnel syndrome: an open-label, parallel group, randomized controlled trial. *Lancet* 2018; 392:1423-33.
- Clavert P, Lutz J-C, Adam P, Wolfram-Gabel R, Liverneaux P et al. L'arcade de Frösche n'est pas le seul siège de compression du nerf radial dans son tunnel. *Rev Chir Orthop* 2009 ;95 :131-6.
- Cook C, Hegedus E. *Orthopedic Physical Examination Tests: Pearson New International Edition: an evidence-based approach*, 2013.
- Coppieters M et al. Do sliders slide and tensionner tension? N analysis of neurodynamic techniques and considerations regarding their application. *Manuel Therapy*, 13, 213-21, 2008
- Coppieters M et al. Description, reliability and validity of a novel method to measure carpal tunnel pressure in patients with carpal tunnel syndrome. *Manual Therapy*: 17, 589-92, 2012.
- Coppieters MW, Butler DS. Do « sliders » slide and « tensioners » tension? An analysis of neurodynamics techniques and considerations regarding their application. *Man Ther*. 2008 Juin;13 (3):213-21.
- Coppieters MW, Hough AD, Dilley A. Different nerve-gliding exercices induce different magnitudes of median nerve longitudinal excursion: an in vivo study using dynamic ultrasound imaging. *J Orthpo Sports Phys Ther*. 2009 Mar;39 (3):164-71.
- De Lecluse J. Syndromes canaux des nerfs axillaires, musculo-cutané et radial au coude. *JTS*, 2010, 27, 152-60
- Dilley A, Bove G. Disruption of axoplasmic transport induces mechanical sensitivity in intact rat C-fibre nociceptor axons. *J Physiol* 586.2

(2008) pp593-604.

Fernandez-de-las-Penas C, Cleland J, Palacios-Cena M, Fusensalida-Novo S, Alonso-Blanco C, Pareja JA, Albuquerque-Sendin F. Effectiveness of manual therapy versus surgery in pain processing due to carpal tunnel syndrome: a randomized clinical trial. *European Journal of Pain* 21 (2017) 1266-76.

Finnerup N et al. Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *Pain*, August 2016, Vol 157-8:1599-1606.

Foucher G. Névrites et névromes des branches sensitives du nerf radial : à propos de 44 cas. *Annales de Chirurgie de la Main et du Membre supérieur*, 1991. 10(2):108-12.

Fontes D. Compression du nerf radial au poignet. *Chirurgie de la main*, 2004. 23 : 160-64.

Gumina S e al. Arm squeeze test: a new clinical test to distinguish neck from shoulder pain. *Eur Spine J*, 22: 1558-63, 2013

Glaws K, Juneau C, Becker L, et al. Intra and inter-rater reliability of the Selective Functional Movement Assessment (SFMA) *Int J of Sports Phys Ther* 2014 ;9 (2) :195-207

Hegedus E et al. Physical examination tests of the shoulder: a systematic review with meta-analysis of individual tests. *Br J Sports Med*, 42: 80-92, 2008.

Jesson T, Runge N, Schmid A. Physiotherapy for people with painful peripheral neuropathies: a narrative review of its efficacy and safety. *Pain reports*, 2020, 18p.

Julius A, Lees R, Dilley A. Shoulder posture and median nerve sliding. *BMC Musculoskelet Disord*.2004 jul 28;5-23.

Kleinrensink GJ. Upper limb tension tests as tools in the diagnosis of nerve and plexus lesions. Anatomical and biomechanical aspects. *Clinical biomechanics (Bristol, Avon)* 2000;15 (1):9-14.

Lebreton E. Vascularisation nerveuse. Vasa nervorum. In: Bonnel F, Mansat M, editors. *Nerfs périphériques. Anatomie et pathologie chirurgicale*. 1: Membre supérieur. Paris : Masson, 1989.p.11-7.

Lewis K, Coppieters M, Ross L, Hughes I, Vicenzino B, Schmid A. Group education, night splinting and home exercises reduce conversion to surgery for carpal tunnel syndrome: a multicenter randomized trial. *Journal of Physiotherapy* 66 (2020) 97-104.

Lundborg G, Nordborg C, Rydevik B, Olsson Y. The effect of ischemia on the permeability of the perineurium to protein tracers in rabbit tibial nerve. *Acta Neurol Scand* 1973;49:287-94.

Lussiez B, Allieu Y. Compression du nerf radial à la gouttière de torsion humérale. *Chirurgie de la Main* 23 (2004) : 102-9.

Moreel P, Le Viet D. Les syndromes canaux du poignet. *JTS*, 2007 ; vol22 n3 : 179-85.

Mueller MJ, Maluf KS. Tissue adaptation to physical stress: a proposed "physical stress theory" to guide physical therapist practice, education, and research. *Phys Ther*. 2002;82: 383-403.

Nee RJ. Impact of order of movement on nerve strain and longitudinal excursion: a biomechanical study with implications for neurodynamics test sequencing. *Man Ther*;15(4):376-81, 2010

Peek L et al. Thoracic manual therapy in the management of non specific shoulder pain: a systematic review. *JMMT*, 23-4, 176-87, 2015

Raimbeau G, Saint-Cast Y. Compression du nerf radial au coude. *Chir Main* 2004 ;23 (suppl) :S86-101

Rigoard P, Kuffenoir K, Wager M, Bauche S, Giot J-P, Robert R et al. Organisation anatomique et physiologique du nerf périphérique. *Neuro-chirurgie* 55S, 2009, S3-S12.

Roulot E. Les syndromes canaux autour du coude et de l'avant-bras, partie2 : nerf radial et nerf médian. *Revu du rhumatisme*, 2007. 74 (4) :365-70.

Santos F et al. Neural mobilization reverses behavioral and cellular changes that characterize neuropathic pain in rats. *Molecular Pain* 8:57, 2012

Sappey MC. Recherches sur les nerfs du névrième ou nervi nervorum. *C R Acad Sci* 1867;65: 761-2.

Schmid A et al. Entrapment neuropathies: challenging common beliefs with novel evidence. *J Orthop Sports Phys Ther*, 48 (2): 58-62, 2018

- Schmid A, Brunner F. Reliability of clinical tests to evaluate nerve function and mechanosensitivity of the upper limb peripheral nervous system. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10:11; 1-9.
- Schmid A, Nee R, Coppieters M. Reappraising entrapment neuropathies, mechanisms, diagnosis and management. *Manual Therapy* 18, 2013: 449-57.
- Schmid A, Fundaun J, Tampin B. Entrapment neuropathies: a contemporary approach to pathophysiology, clinical assessment, and management. *Pain Reports*. 2020, 10p.
- Shacklock M et al. Slump test: effect of controlateral knee extension on response sensations in asymptomatic subjects and cadaver study. *Spine* vol41, number 4: 205-10, 2016.
- Song XJ et al. Spinal manipulation reduces pain and hyperalgesia after lumbar intervertebral foramen inflammation in the rat. *J Manip Physiol Ther*. 29(1):5-13, 2006
- Soon B, Vicenzino B, Schmid A, Coppieters M. Facilitory and inhibitory pain mechanisms are altered in patients with carpal tunnel syndrome. Research article. August 30, 2017, 11p.
- Sunderland S. Blood supply of the nerves of the upper limb in man. *Arch Neurol Psychiatry* 1945;53:91-115.
- Topp, Boyd. Structure and Biomechanics of Peripheral Nerves: nerve responses to physical stresses and implications for physical therapist practice. *Phys Ther*. 2006;86: 92-109
- Treves R, Tajfel P. Les douleurs au carrefour de la neurologie et de la rhumatologie : ou se croisent-elles ? *KS*, 2016 ; 573 :13-18
- Van der Heide B. Pain and muscular responses to a neural tissue provocation test in the upper limb. *Manual Therapy*, 2001: 6:154-62.
- Wainner et al. Reliability and diagnostic accuracy of the clinical examination and patient self-report measures for cervical radiculopathy. *Spine*; 28 (1): 52-62, 2003.
- Walsh J, Hall T. Reliability and diagnostic accuracy of palpation of the sciatic, tibial and common peroneal nerves in the examination of low back related leg pain. *Manual therapy*, 2009: 14, 623-29:
- Werner CO. Lateral elbow pain and posterior interosseous nerve entrapment. *Acta Orthop Scand* 1979, S174:1-62
- Wolny T et al. Neurodynamic techniques versus « sham » therapy in the treatment of carpal tunnel syndrome : a randomized placebo-controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99:843-54, 2018
- Wright T, Glowczewskie F. Excursion and strain of the median nerve. *Journal of Bone and joint Surgery*. 78A(12):1897-1903, 1996
- Yaxley GA. A modified upper limb tension test : An investigation of responses in normal subjects. *Australian Journal of Physiotherapy*, 1991 ; 37 :143-52.

Ouvrages :

- Sunderland S. Nerves and nerve injuries. Edinburgh-London: E. and S. Livingstone;1968
- Tubiana R. Traité de chirurgie de la main. Tome 1, 309-24, 598-614, 634-48, Masson 1980
- Bonnel F, Mansat M. Nerfs périphériques. Anatomie et pathologie chirurgicale. Tome 1. Masson, 1989.
- Pommerol P. Ostéopathie et thérapie manuelle du tissu neuro méningé. Sauramps médical, 2006.
- Barral JP, Croibier A. Manipulation des nerfs périphériques. Elsevier Masson, 2014.
- Royal College of Surgeons of England. Commissioning Guide: Treatment of Carpal Tunnel Syndrome, 2017
- Shacklock M. Clinical Neurodynamics. A new system of musculoskeletal treatment. Elsevier, 2005.
- Atlas d'anatomie Sandoz, OFFIDOC, Paris, 1971