



<p style="text-align: center;">PROGRAMME DETAILLE Abord manuel des tissus conjonctifs</p>

Permettant ainsi d'optimiser les acquisitions basées sur les recommandations de l'HAS

Public : Masseurs-kinésithérapeutes, RCP à jour, au tableau de l'ordre

Pré-requis : DE de Masseur-kinésithérapeute

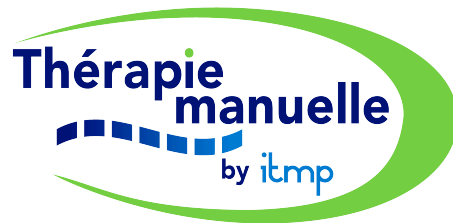
Durée : 2 jours, 14h

Evaluation de la pratique et des acquis théoriques par reproduction des gestes et explicitation des notions

Objectifs/compétences visées:

Le kinésithérapeute est fréquemment amené à traiter en pratique quotidienne des patients présentant des tendinopathies. D'après la littérature, différentes parties du muscle peuvent être concernées par ces atteintes traumatiques ou dégénératives douloureuses : les insertions, le corps du tendon mais aussi l'enveloppe du muscle. Ces remaniements tissulaires sources de perturbation de la mobilité locale peuvent être à l'origine de symptômes dans la zone voire à distance (syndromes canaux, troubles circulatoires...)

Les indications sont nombreuses : **personnes anxieuses**, en situation de stress développant des tensions musculaires et tendineuses, **douleurs chroniques** telles que l'arthrose, les lombalgies, les cervicalgies, la fibromyalgie, les rhumatismes, **douleurs aiguës** telles que les lumbagos, les radiculalgies, les torticolis, les tendinites, la **traumatologie** telle que les lésions musculaires, en post-opératoire, en milieu sportif, les « **pathologies** » **fonctionnelles cervico-céphaliques** tels que les céphalées, migraines, névralgies d'Arnold ou du trijumeau, acouphènes, les **pathologies fonctionnelles de la sphère abdominale et du petit bassin** telles que les troubles du transit, syndrome du côlon irritable, névralgies pudendales, règles douloureuses par un abord du "contenant" (tensions myo-tendineuses).



Le praticien sera capable de :

- faire un bilan précis des tendinopathies (insertions, corps, enveloppe du muscle) par la mise en place d'une évaluation différentielle tissulaire basée sur les recommandations scientifiques et professionnelles
- redonner aux différents tendons « emblématiques », par des mouvements, des pressions douces et profondes sa mobilité, sa souplesse et favoriser ainsi un bien-être physique et psychique



formation présentielle

Durée 14h

Jour 1

9h 12h

- Questions/réponses des participants en rapport avec le e-learning
- Rappels fondamentaux sur les tendons et les aponévroses : embryologie, histologie, biomécanique
 - Rôle des tendons
- Organisation anatomique des tendons et éléments de palpation
- Organisation des chaînes musculaires
- Les interrelations : tendons, aponévroses et système neuro-végétatif
- Etiologies et signes cliniques associées
- Les aspects pratiques du traitement manuel des tendons et aponévroses

13h 17h

Techniques manuelles selon les différentes modalités sur des zones emblématiques par une éducation progressive de la main (différents types de tendons, accès plus ou moins facile, différentes modalités)

Jour 2

9h 12h

- Corrélations viscérales, vertébrales et musculaires
- Implications dans la pratique générale : construction générale d'un traitement manuel des tendons et des aponévroses
- Abord des cas les plus souvent rencontrés :
 - quadrant supérieur (cervico-céphalique, membre supérieur)
- Traitement du tendon intégré à un traitement général

13h 17h

- Abord des cas les plus souvent rencontrés :
 - quadrant inférieur (région thoraco-lombo-pelvienne et membre inférieur)
- Traitement du tissu conjonctif intégré à un traitement général



Méthodes pédagogiques mises en œuvre

- Supports utilisés: PPS, paper board, vidéos, squelette en plastique
- Modèle d'apprentissage béhavioriste concernant les enseignements fondamentaux
- Modèles d'apprentissage constructiviste et socio-constructiviste concernant les études de cas
- Evaluation formative (étude de cas) et sommative (connaissances fondamentales)

Références

Tendons et aponévroses :

- Henri Rouvière, André Delmas. Anatomie humaine : descriptive, topographique et fonctionnelle. Maloine
- R Schleip, F Klingler et F Horn, « Active fascial contractility: Fascia may be able to contract in a smooth muscle-like manner and thereby influence musculoskeletal dynamics », *Medical Hypotheses*, vol. 65, no 2, 2005, p. 273-7
- Vecchiet, L., Giamberardino, M.A., Saggini, R. Myofascial pain syndromes: clinical and pathophysiological aspects. *Clin J Pain*. 7 Suppl 1:S16-22. 1991
- Hanten, W.P. *et al.* Effects of active head retraction with retraction/extension and occipital release on the pressure pain threshold of cervical and scapular trigger points. *Physiotherapy Theory and Practice*. 13(4). 1997
- Robert Schleip, Thomas W. Findley, Leon Chaitow, Peter Huijin *Fascia: The Tensional Network of the Human Body: The science and clinical applications in manual and movement therapy.* Churchill Livingstone 2012
- Louis Schultz, Rosemary Do Feitis, Diana Salles, Ronald Thompson *The Endless Web: Fascial Anatomy and Physical Reality* North Atlantic Books 1996
- Thomas W. Myers *Anatomy Trains: Myofascial Meridians for Manual and Movement Therapists* Churchill Livingstone 2008

Traitement des tendinopathies

Site regroupant les techniques avec leurs niveaux de preuve : <http://tendinopathyrehab.com>

Pathologies types « canalaire » en lien avec le système tendino-musculaire :

- Bard H, Berthelot JM, Demondion X, Vuillemein V : Les syndromes canaux du bassin. In « Pathologie du complexe pelvi- fémoral du bassin » Rodineau J, Besch S, 2009, 138-59, Masson Ed.
- Childers MK, Wilson DJ, Gnatz SM, Conway RR, Sherman AK Botulinum toxin type A use in piriformis muscle syndrome. A pilot study. *Am J Phys Med Rehabil*, 2002, 81, 751-9
- Fischman LM, Dombi GW, Michaelsen C, Ringel S, Rozbruch J, Rosner B, Weber C : Piriformis syndrome : diagnosis, treatment and outcome. A 10 year study. *Arch Phys Med Rehabil*, 2002, 83,295-301
- Le syndrome du muscle piriforme : série personnelle de 250 patients. Elaboration d'un score et propositions thérapeutiques. Dr Fabrice MICHEL^a, Dr Pierre DECAVEL^a, Dr Julien BEVALOT^a, Dr Etienne ALETON^a, Pr Bernard PARRATTE^a CHU Besançon
- Allieu Y, Chammas M, Roux JL. Syndromes canaux et des défilés (canal carpien exclu). *Encycl Med Chir, Appareil locomoteur.* Paris : Elsevier, 1997 ; 15-005-A-10.
- Upton AR, McComas AJ. The double crush in nerve entrapment syndromes. *Lancet* 1973 ; 2 : 359-62.



- Lundborg G, Dahlin LB. The pathophysiology of nerve compression. *Hand Clin* 1992 ; 8 : 215-27.
- Ostermann AL. The double crush syndrome. *Orthop Clin North Am* 1988 ; 19 : 147-55.
- Wood VE, Biondi J, Linda L. Double crush nerve compression in thoracic outlet syndrome. *J Bone Joint Surg* 1990 ; 72A : 85-7.
- Chammas M, Bousquet P, Renard E, Poirier JL, Jaffiol C, Allieu Y. Dupuytren's disease, carpal tunnel syndrome, trigger finger, and diabetes mellitus. *J Hand Surg* 1995 ; 20A : 109-14. 7.
- Allieu Y, Chammas M, Idoux O, Hixson M, Mion C. Le syndrome du canal carpien et les téno-synovites amyloïdes chez l'hémodialysé chronique. Évaluation et traitement à propos de 130 cas. *Ann Chir Main* 1994 ; 13 : 113-21.
- Chammas M, Romain M, Allieu Y. Syndromes canaux de la main en pratique sportive. In : Allieu Y (ed). *La main du sportif*. Paris : Expansion scientifique française 1995 ; 47-60.
- Foucher G, Buch N. Syndrome du canal carpien. *Encycl Med Chir. Appareil locomoteur*. Paris : Elsevier, 1998 ; 14-069-A-10.
- Mackinnon SE, Dellon AL. *Surgery of the peripheral nerve*. New York : Thieme Medical Publishers, 1988.
- Jesel M. Apport de l'examen électrophysiologique à l'évaluation diagnostique et pronostique des atteintes aiguës ou chroniques des troncs nerveux du membre supérieur. *Cahiers d'enseignement de la Société française de chirurgie de la main*. Paris : Expansion scientifique française 1990 ; 45-56.