



PROGRAMME DETAILLE

Levées de tension musculaires (LDT)

1 session de 2 jours
permettant ainsi d'optimiser les acquisitions basées sur les recommandations de l'HAS

Objectifs :

L'abord des tensions musculaires en pratique quotidienne est fréquente. Ainsi, les troubles fonctionnels présentés par les patients (en rhumatologie, orthopédie...) peuvent être soulagés par les techniques de levées de tension qui visent à redonner au muscle ses capacités contractiles indolores. Les techniques sont reconnues dans la littérature professionnelle et clairement codifiées.

Le participant, à l'issue de ce séminaire, sera capable de :

- Maîtriser une investigation précise permettant d'objectiver au travers d'une lecture analytique les excès de tensions musculaires
- Pratiquer avec précision les techniques de levées de tension musculaire analytique et intégrer les techniques analytiques enseignées dans un plan de traitement global

Etape : formation présentielle

Jour 1

Généralités sur les contractures :

- Qu'est-ce qu'une contracture?
- A quoi est-elle due? Qu'entraîne t-elle?
- Les modèles myo-électriques et myo-métaboliques

Point sur les niveaux de preuves dans la littérature (modalités et efficacité)

Les items du bilan :

- Notion de rénitence
- La dysmorphie
- La perte d'amplitude
- Contraction et douleur
- Les chaînes lésionnelles principales

Plan général des "Contractés/relâchés" en fonction des différentes modalités techniques de relâchement post-isométrique



Démonstration et pratique des techniques aux muscles du membre inférieur : la hanche (fessiers, adducteurs, psoas), le genou (quadriceps et ischio-jambiers) la cheville et le pied (extrinsèques et intrinsèques)

Jour 2

Démonstration et pratique des techniques aux muscles du membre supérieur : l'épaule (deltoïde, ronds, triceps et biceps, sub-scapulaire, pectoral), le coude (épicondyliens), le poignet et la main (extrinsèques et intrinsèques)

- Application au cadran inférieur rachidien : région lombo-sacrée et thoracique (carré des lombes, spinaux, sangle abdominale, DPS et DPI, trapèzes, rhomboïde, grand dorsal, sub-clavier)

- Application au cadran supérieur rachidien : région cervico-scapulaire (élevateur, splénius, semi-épineux, sous-occipitaux, SCM, spinaux, scalènes)

Mise en place des actions d'amélioration des pratiques avec évaluation de l'impact de la formation mode « immédiat » et « à distance ») avec restitution des résultats de l'évaluation au professionnel) : Evaluation de fin de stage, fiches mémo, évaluation post-formation, évaluation de la qualité pédagogique avec table ronde autour des grilles, discussion



1) EVALUATION DE FIN DE STAGE

Un patient de 35 ans se présente à votre cabinet avec une prescription mentionnant « 10 séances de rééducation pour dorsalgie ». Le bilan morphostatique debout montre la présence d'une délordose lombale en position debout, une hypercyphose, les tests de mobilité montrent un déficit douloureux de flexion et d'extension de la région lombale et thoracique et la palpation met en évidence des contractures. Le patient vous dit que ses symptômes sont fluctuants en terme de localisation et d'intensité.

- a) Expliquez le modèle biomécanique supposé de la production de symptômes musculaires

CONTRACTURES
COURBATURES

- b) Citez les muscles qui peuvent concourir à la fixation de cette position de délordose et de cyphose

ABDOMINAUX
SPINAUX
GRANDS PECTORAUX

- c) Décrivez une technique de traitement type LDT spécifique adaptée à son cas et utilisée en première intention

GRANDS PECTORAUX
QUADRICEPS
ABDOMINAUX

- d) Après le traitement par LDT, le patient présente une douleur davantage localisée (ponctiforme) latéralement aux processus épineux. Quelle est l'origine probable?

ARTICULAIRE
VISCERALE



2) FICHES MEMO

A. Il est recommandé pour un patient lombalgique aigu d'utiliser :

- a) **L'approche McKenzie**
- b) **Les techniques articulaires**
- c) **Les techniques de LDT**

B. Les techniques de LDT font appel au principe de « la douleur référée »:

- a) Oui
- b) **Non**

C. Les techniques de LDT sont basées sur la pression ponctiforme :

- a) Oui
- b) **Non**

D. L'approche LDT du lombalgique chronique intéresse prioritairement le plan abdominal:

- a) **Oui**
- b) Non

E. L'ETP permet de lutter contre le catastrophisme :

- a) **Oui**
- b) Non

F. Le repos est fortement recommandé pour traiter un patient lombalgique :

- a) Oui
- b) **Non**

G. La mobilisation neuro-méningée peut être associée en préalable à des techniques de LDT :

- a) **Oui**
- b) Non



3) *Evaluation post-formation*

a) Quel est le modèle physiologique supposé des techniques de LDT?

Modèles neurophysiologique et conjonctif

Modèle d'extinction sensitive

b) Pour optimiser une technique de LDT, quels sont les paramètres cliniques à prendre en compte?

Etirement supportable, contractions statiques du muscle limitant

Etirement maximal, contractions dynamiques

c) Quelle est la durée optimale de contraction à utiliser en LDT?

Entre 1 et 30 secondes

2 minutes

d) Si la douleur "réfère" lors de l'étirement, la technique est-elle adaptée?

Oui

Non

e) En présence d'une douleur lombale droite, quel muscle traiter?

Carré des lombes

DPS



f) Pour étirer le carré des lombes, j'installe le patient en latérocubitus controlatéral avec un coussin sous l'abdomen?

Oui

Non

g) Lors d'une technique réalisée en latérocubitus buste tourné vers l'arrière, quel muscle est traité?

Oblique externe supralatéral

Oblique interne supralatéral

h) En auto-traitement, quelle technique appliquer?

Hypnose

Stretching

i) Quelle est la durée optimale d'étirement pour traiter un gastrocnémien médial?

5 secondes

30 secondes

j) En aigu, quelle technique choisir?

LDT

Strain



Etape : Evaluation finale non présenteielle par e-learning (logiciel edoceo) via un login

Mise en place et suivi d'actions d'amélioration

1) Impact de la formation à distance

Impact de la **formation à distance** avec restitution des résultats de l'évaluation au professionnel
Par l'intermédiaire de la Grille d'évaluation.

<p>POINTS A AMELIORER Ce que j'ai encore du mal à réaliser techniquement ou à ordonner dans une démarche logique</p>	<p>CAUSES DU PROBLEME Ai-je mal intégré les techniques ? me manque-t-il des connaissances ou ai-je mal compris les notions ?</p>	<p>QUE FAIRE POUR NE PLUS RENCONTRER CE PROBLEME Je me suis replongé dans mes supports PPS, vidéo, notes.. J'ai demandé conseil à un formateur ITMP, Je me suis inscrit€ à un module complémentaire de formation</p>	<p>REDIGEZ UNE PHRASE QUI COMMENCE PAR: « dans cette situation j'ai compris que ...»</p>
<p>Bilan Traitement global Utilisation de l'instrumentation</p>	<p>Incompréhensions Parties de cours non intégrées Manque de pratique</p>	<p>Je me suis replongé dans mes supports PPS, vidéo, notes.. J'ai demandé conseil à un formateur ITMP Je me suis inscrit à un module complémentaire de formation</p>	<p>Je devais augmenter mon temps de pratique Que j'étais désormais opérationnel Qu'il me faut rencontrer des patients plus difficiles à traiter</p>



1. 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)

2. Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- Via l'étape 1 et 3 par le parcours e-learning (pré et post formation présentiel)
- Via l'étape 2 au travers de l'analyse de situations

3. Références

- Les tensions musculaires de G. Péninou et S. Tixa, Maloine, 2008
- Auger RG. Continuous muscle fibre activity. *Semin Neurol* 1991 ; 11 : 258-266
- Bergouignan M. Contracture abdomino-crurale en flexion au cours de la maladie d'Addison. *Rev Neurol* 1961 ; 104 : 329-332
- Di Mauro S, Tonin P, Servidei S. Metabolic myopathies. In : Rowland LP, Di Mauro S eds. *Handbook of clinical neurology. Myopathies* Amsterdam : Elsevier, 1992 ; 479-526
- Harding AE, Thompson PG. Plasma exchange and immunosuppression in the stiff-man syndrome. *Lancet* 1989 ; 2 : 915
- Jöbsis GJ, Keizers H, Vreijling JP, de Visser M, Speer MC, Wolterman RA et al. Type VI collagen mutations in Bethlem myopathy, an autosomal dominant myopathy with contractures. *Nat Genet* 1996 ; 14 : 113-115
- McEvoy KM. Stiff-man syndrome. *Semin Neurol* 1991 ; 11 : 197-205
- Rowland LP. Cramps, spasms and muscle stiffness. *Rev Neurol* 1985 ; 141 : 261-273
- Serratrice G, Kozak-Ribbens G, Cozzone PJ. Aspects neurologiques de l'hyperthermie maligne. Clinique, physiopathologie, génétique. *Rev Neurol* 1997 ; 153 : 304-313
- Serratrice G, Pellissier JF, Pouget J, Gastaut JL. Le syndrome de la colonne vertébrale rigide et ses frontières nosologiques. *Presse Méd* 1984 ; 13 : 1129-1132
- Serratrice G, Rowland LP. Les contractures musculaires. *Presse Méd* 1999 ; 28 : 1519-1521
- Serratrice G, Simon L. Nosologie, nomenclature, essai de classification des contractures musculaires. In : *Progrès en médecine physique et de réadaptation* Paris : Masson, 1998 ; 252-258
- Simchak AC, Pascuzzi RM. Muscle cramps. *Semin Neurol* 1991 ; 11 : 281-287
- Smit LM, Jennekens FG, Veldman H, Barth PG. Paucity of secondary synaptic clefts in a case of congenital myasthenia gravis with multiple contractures. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1984 ; 47 : 1091-1097
- Solimena M, Folli F. Autoantibodies to GABA-ergic neurons and pancreatic beta cells in stiff-man syndrome. *N Engl J M* 1990 ; 322 : 1155-1560
- Stayer C, Meinck HM. Stiff-man syndrome: an overview. *Neurologia* 1998 ; 13 : 83-88
- Tomé FM, Evangelista T, Leclerc A et al. Congenital muscular dystrophy with merosin deficiency. *CR Acad Sci Paris* 1994 ; 317 : 351-357