

## Céphalées, cervicalgies et cervicobrachialgies Raisonnement clinique. Étude de cas cliniques.

### A – Programme détaillé

Durée = 21h00

Nombre de stagiaires = 20 maximum

Formateurs = Véronique DE LAERE ou Jan DE LAERE – Masseurs-Kinésithérapeutes

### 1 – Résumé et Objectifs :

#### Contexte :

Les céphalées, les acouphènes, les vertiges, les cervicalgies et les douleurs irradiantes dans le membre supérieur sont fréquents chez nos patients et nécessitent des approches thérapeutiques spécifiques. Les raisons principales de consultation sont la douleur et/ou la perturbation fonctionnelle. Ces symptômes sont souvent l'expression d'une dysfonction de l'appareil locomoteur. Dans la plupart des cas le praticien traite la douleur et se focalise sur un complexe articulaire, le disque intervertébral, les structures myofasciales ou d'autres composantes corporelles.

Il arrive parfois que le traitement n'aboutisse pas au résultat escompté car les stratégies de traitement ne sont efficaces qu'en fonction d'un bilan initial adéquat. Déterminer la ou les structures responsables de la symptomatologie du patient, ainsi que la localisation et la spécificité du trouble, restent pour chaque praticien le défi central. Nous vous aidons à planifier et à analyser les tests et leurs résultats et à différencier les structures potentiellement impliquées pour établir une stratégie thérapeutique optimale.

#### Objectifs :

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

- Améliorer les connaissances concernant les structures nerveuses de la tête, du cou, de la nuque et du membre supérieur
- Reconnaître les schémas cliniques en relation avec les points trigger myofasciaux, les structures nerveuses et les complexes ostéo-articulaires
- Maîtriser l'anatomie palpatoire des structures localisées au niveau de la tête, du cou, de la nuque et du membre supérieur
- Pouvoir différencier les étiologies des douleurs et/ou des symptômes au niveau de la tête, de la face, du cou, de la nuque et du membre supérieur
- Etre apte à établir des stratégies thérapeutiques manuelles dans le cadre d'une douleur et/ou d'une dysfonction au niveau de la tête, de la face, du cou, de la nuque et du membre supérieur

## Résumé :

- Principes du raisonnement clinique et de la différenciation structurelle
  - Hypothèses diagnostiques et thérapeutiques
  - Tests de provocation, d'allègement et de différenciation structurelle
  - Ré-évaluation
  - Cas cliniques : bilan - différenciation structurelle - hypothèses - traitement
- Examen et traitement des céphalées primaires : céphalée de tension, migraine sans aura et céphalée cervicogène
- Examen et traitement des tissus nerveux au niveau de la face et de la tête : nerf trijumeau, nerf facial et nerf occipital
- Examen et traitement de la colonne cervicale et du défilé thoracique

## 2 – Déroulé pédagogique :

### Méthodologie :

- Questionnaire pré-formation (Q1) dans le mois qui précède la formation présentielle
- Restitution au formateur des résultats de ce questionnaire, question par question, au groupe et à chaque stagiaire
- Partie présentielle d'une durée de 21h comportant :
  - des échanges sur les résultats du questionnaire pré-formation,
  - un face à face pédagogique d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les questionnaires,
- Questionnaire post-formation (Q2) dans le mois qui suit la formation présentielle
- Restitution individuelle au stagiaire de l'impact de la formation sur la pratique professionnelle
- Restitution statistique, au formateur, de l'impact de sa formation sur la pratique des stagiaires

### Programme

| Raisonnement cervical - Jour 1 |               |  |  |
|--------------------------------|---------------|--|--|
| Matin                          | 9h00 - 10h45  | Principes du raisonnement clinique<br>Analyse de l'examen subjectif (anamnèse)<br>Construction des hypothèses diagnostiques provisoires<br>Examen physique<br>Techniques de traitement | <i>théorie</i>   |
|                                | 11h00 - 13h00 | Atelier pratique :<br>repérage des structures osseuses de la tête, du cou et de la nuque   | <i>démonstration et pratique en binôme</i>             |
| Après-midi                     | 14h00 - 16h00 | Atelier pratique :<br>repérage des structures myofasciales de la tête, du cou et de la nuque   | <i>démonstration et pratique en binôme</i>             |
|                                | 16h15 - 18h30 | Atelier pratique :<br>repérage des structures nerveuses de la tête, du cou et de la nuque  | <i>démonstration et pratique en binôme</i>             |
| Raisonnement cervical - Jour 2 |               |  |  |
| Matin                          | 9h00 - 10h45  | Cas clinique 1 :<br>examen subjectif<br>analyse de l'examen subjectif - construction des hypothèses provisoires<br>examen physique<br>management thérapeutique                         | <i>théorie<br/>démonstration et pratique en binôme</i> |
|                                | 11h00 - 13h00 | Cas clinique 2 :<br>examen subjectif<br>analyse de l'examen subjectif - construction des hypothèses provisoires<br>examen physique<br>management thérapeutique                         | <i>théorie<br/>démonstration et pratique en binôme</i> |
| Après-midi                     | 14h00 - 16h00 | Cas clinique 3 :<br>examen subjectif<br>analyse de l'examen subjectif - construction des hypothèses provisoires  | <i>théorie<br/>démonstration et pratique en binôme</i> |

|                                       |                  |  |  |
|---------------------------------------|------------------|--|--|
|                                       |                  | examen physique<br>management thérapeutique  |  |
|                                       | 16h15 -<br>18h30 | Cas clinique 4 :<br>examen subjectif<br>analyse de l'examen subjectif - construction des hypothèses provisoires<br>examen physique<br>management thérapeutique | <i>théorie<br/>démonstration et<br/>pratique en binôme</i> |
| <b>Raisonnement cervical - Jour 3</b> |                  |  |  |
| <b>Matin</b>                          | 9h00 -<br>10h45  | Cas clinique 5 :<br>examen subjectif<br>analyse de l'examen subjectif - construction des hypothèses provisoires<br>examen physique<br>management thérapeutique | <i>théorie<br/>démonstration et<br/>pratique en binôme</i> |
|                                       | 11h00 -<br>13h00 | Cas clinique 6 :<br>examen subjectif<br>analyse de l'examen subjectif - construction des hypothèses provisoires<br>examen physique<br>management thérapeutique | <i>théorie<br/>démonstration et<br/>pratique en binôme</i> |
| <b>Après-midi</b>                     | 14h00 -<br>15h45 | Cas clinique 7 :<br>examen subjectif<br>analyse de l'examen subjectif - construction des hypothèses provisoires<br>examen physique<br>management thérapeutique | <i>théorie<br/>démonstration et<br/>pratique en binôme</i> |
|                                       | 15h45 -<br>16h00 | Questionnaire<br>Clôture du stage  |  |

## **B – Méthodes pédagogiques mises en œuvre**

Les savoirs et savoir-faire portant sur la prise en charge rééducative des scolioses ont énormément évolué sous l'effet de la recherche médicale et la recherche en kinésithérapie. Les stagiaires n'arrivent pas "vierges de savoirs", mais avec des savoirs partiellement (voire en grande partie) obsolètes.

Afin de résoudre cette problématique, différentes méthodes pédagogiques sont employées en alternance, au fur et à mesure du déroulement de la formation :

- Méthode participative - interrogative : les stagiaires échangent sur leurs pratiques professionnelles, à partir de cas cliniques et des résultats des grilles pré-formation (pré-test)
- Méthode expérientielle : modèle pédagogique centré sur l'apprenant et qui consiste, après avoir fait tomber ses croyances, à l'aider à reconstruire de nouvelles connaissances
- Méthode expositive : le formateur donne son cours théorique, lors de la partie cognitive
- Méthode démonstrative : le formateur fait une démonstration pratique, sur un stagiaire ou un modèle anatomique, devant les participants lors des TP
- Méthode active : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme.
- Méthode par "Présentation de cas cliniques interactifs" : Le format pédagogique se fonde sur l'intérêt d'analyser en groupe la situation clinique d'un patient. Les stagiaires résolvent le cas en élaborant par petits groupes une analyse et des propositions en réponse.

Afin d'optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, les supports et matériels mis à disposition sont :

- Projection PPT du cours, photocopié et / ou clé USB reprenant le PPT
- Tables de pratiques, modèles anatomiques osseux et musculaires.

## **C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée**

- Évaluation « Q1 » (pré-test) et « Q2 » (post test)
- Questionnaire de satisfaction immédiat et à distance

## D – Référence recommandation bibliographie

1. Yamamoto K1, Condotta L2, Haldane C3, Jaffrani S4, Johnstone V5, Jachyra P6, Gibson BE6,7, Yeung E6. Exploring the teaching and learning of clinical reasoning, risks, and benefits of cervical spine manipulation. *Physiother Theory Pract.* 2017 Oct 20:1-10.
2. Jung FC, Mathew S, Littmann AE, MacDonald CW. Clinical Decision Making in the Management of Patients With Cervicogenic Dizziness: A Case Series. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2017 Nov;47(11):874-884.
3. Baker SE, Painter EE, Morgan BC, Kaus AL, Petersen EJ, Allen CS, Deyle GD, Jensen GM. Systematic Clinical Reasoning in Physical Therapy (SCRIPT): Tool for the Purposeful Practice of Clinical Reasoning in Orthopedic Manual Physical Therapy. *Phys Ther.* 2017 Jan 1;97(1):61-70.
4. Oostendorp RA1,2,3, Elvers H4,5, Mikolajewska E6,7, Laekeman M8, van Trijffel E9, Samwel H10. "Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education" by Amarins J Wijma et al., 2016. *Physiother Theory Pract.* 2017 Mar;33(3):260-262.
5. Yeung E1, Woods N1, Dubrowski A2, Hodges B1, Carnahan H3. Establishing assessment criteria for clinical reasoning in orthopedic manual physical therapy: a consensus-building study. *J Man Manip Ther.* 2015 Feb;23(1):27-36.
6. Langridge N1, Roberts L2, Pope C2. The clinical reasoning processes of extended scope physiotherapists assessing patients with low back pain. *Man Ther.* 2015 Dec;20(6):745-50.
7. Dewitte V1, Cagnie B2, Barbe T1, Beernaert A1, Vanthillo B1, Danneels L1. Articular dysfunction patterns in patients with mechanical low back pain: A clinical algorithm to guide specific mobilization and manipulation techniques. *Man Ther.* 2015 Jun;20(3):499-502.
8. Yeung E1, Woods N2, Dubrowski A3, Hodges B4, Carnahan H5. Sensibility of a new instrument to assess clinical reasoning in post-graduate orthopaedic manual physical therapy education. *Man Ther.* 2015 Apr;20(2):303-12.
9. Fernández-de-Las-Peñas C1, Courtney CA2. Clinical reasoning for manual therapy management of tension type and cervicogenic headache. *J Man Manip Ther.* 2014 Feb;22(1):44-50.
10. Dolphens M1, Nijs J, Cagnie B, Meeus M, Roussel N, Kregel J, Malfliet A, Vanderstraeten G, Danneels L. Efficacy of a modern neuroscience approach versus usual care evidence-based physiotherapy on pain, disability and brain characteristics in chronic spinal pain patients: protocol of a randomized clinical trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2014 May 8;15:149.