

Rééducation – Réadaptation du patient handicapé

Dr. Ph Hanson

*Service de Médecine Physique et Réadaptation
Cliniques Universitaires UCL Mont-Godinne*

La survie des patients atteints de SEP s'est considérablement améliorée au cours des deux dernières décennies permettant aujourd'hui une durée de vie quasi normale pour de nombreux patients. Ce bénéfice en terme durée de vie a été obtenu par l'amélioration du traitement symptomatique et de la prise en charge rééducative du patient atteint de SEP.

Dans les années soixante, **le repos au lit** était recommandé pour freiner la progression de la maladie mais on exposait le malade aux nombreuses complications de l'alitement responsables de la courte espérance de vie; heureusement, aujourd'hui, on a pris conscience de ce que les patients atteints de SEP devaient garder une vie aussi active que possible en s'aidant des moyens offerts par la rééducation, la revalidation, la réadaptation et la réinsertion. **Le lit sert donc au repos après l'effort.**

En effet, en attendant un traitement radical de la démyélinisation du SNC dans la SEP, certaines manifestations de la maladie sont traitables. En d'autres termes, si le mécanisme pathogène ne peut être stoppé, ses conséquences en terme de lésions, d'invalidité et de handicap peuvent être diminuées.

Les objectifs de la rééducation seront de maintenir le plus longtemps possible les possibilités de marche, de verticalisation, de déplacements avec les aides techniques adéquates, de rechercher l'autonomie optimale dans les activités de la vie journalière malgré l'aggravation progressive, de lutter contre la spasticité et les attitudes vicieuses et enfin d'aider le malade à accepter l'installation progressive du handicap tout en veillant à en réduire les conséquences.

Le caractère **évolutif** et fluctuant de la SEP nous oblige à régulièrement réévaluer le niveau fonctionnel du patient et à y adapter le traitement.

La rééducation de la SEP nécessite l'intervention d'une **équipe pluridisciplinaire** impliquant le neurologue, le rééducateur, l'urologue, le nursing, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, le logopède, le psychologue et l'assistant social.

La rééducation optimale nécessite une **bonne compréhension** et **une bonne collaboration** du patient et de sa **famille** qui doivent être mis au courant du caractère fluctuant et progressif de la maladie et aussi des possibilités d'en atténuer les conséquences fonctionnelles par la rééducation; une étude faite aux Etats-Unis en 1982 montrait qu'environ la moitié des patients manifestait un rejet du corps médical après le diagnostic et consultait moins d'une fois par an son MT, ce qui prouve l'utilité d'une bonne information du patient et de son entourage. La rééducation n'est pas une ressource à utiliser en dernier recours, lorsque le patient est dépendant de la chaise roulante, la rééducation doit débiter au moment du diagnostic.

Une étude réalisée dans l'état de Washington et publiée en 1986 par Kraft et coll nous montre les **principaux symptômes des patients** atteints de sclérose en plaques: la fatigue, les troubles d'équilibre, la diminution de force, les troubles de sensibilité, les troubles vésico-sphinctériens et la spasticité, tous ces symptômes sont cités avec une fréquence qui va de 49% à 77%. Viennent ensuite les problèmes de selles, de mémoire, la dépression, la douleur, la fragilité émotionnelle, les troubles de la vue, les tremblements, les difficultés à communiquer et à résoudre des problèmes.

Pour chacun de ces symptômes, nous allons rapidement mentionner en quoi la rééducation peut aider le patient atteint de sclérose en plaques:

FATIGUE

Un des symptômes les plus fréquents du patient atteint de SEP est la fatigue qui résulte habituellement de la combinaison de plusieurs facteurs: la parésie d'origine centrale, la lutte contre la spasticité et parfois la dépression. Le traitement comporte une bonne information du patient et de sa famille qui doivent apprendre à vivre en tenant compte des périodes de fatigue, l'apprentissage de „l'économie des efforts“ par des aides techniques proposées par l'ergothérapeute. Un air ambiant frais semble bénéfique sur la fatigue.

TROUBLES DE L'EQUILIBRE ET DE LA COORDINATION

Tous les degrés d'incoordination peuvent s'observer: instabilité posturale, malhabileté pour les mouvements fins des mains, dyskinésie axiale et des membres. La rééducation a malheureusement peu d'impact sur ces symptômes malgré un travail assidu par des exercices de coordination. Le tremblement des extrémités peut parfois être diminué par le port de bracelets lestés. Les techniques de kinésithérapie de Frenkel visent à corriger continuellement la dysfonction cérébelleuse avec l'aide des systèmes oculaire et arthrokinétique en réalisant des exercices de plus en plus complexes d'abord les yeux ouverts et enfin les yeux fermés.

PARESIE

La parésie chez le patient atteint de SEP peut être due à plusieurs facteurs: la démyélinisation des voies motrices centrales, la fatigue consécutive à la lutte contre la spasticité et l'ataxie et enfin, l'inemploi. Une fois la spasticité diminuée par les médicaments, la rééducation utilise les techniques de facilitation neuromusculaire et d'inhibition des mouvements parasites. Ces exercices ne doivent cependant pas fatiguer les muscles. L'exercice régulier évite la parésie par inemploi.

TROUBLES DE LA SENSIBILITE

Les troubles de la sensibilité sont dus à la démyélinisation des voies sensitives centrales sur le plan fonctionnel, ce sont surtout les déficits de sensibilité profonde qui sont invalidants notamment pour la marche. Aucun traitement ne permet de restaurer la sensibilité; la rééducation consistera à apprendre au patient à utiliser les perceptions restantes, comme la vue, pour compenser les pertes de sensibilité tactiles, thermiques, profondes ou douloureuses et apprendre au patient à prévenir les lésions par brûlures ou décubitus. La peau insensible doit être inspectée régulièrement (2x/j) et un coussin de prévention anti-escarres doit être utilisé au lit et en chaise roulante en cas d'hypoesthésie aux endroits de compression habituels. Les points d'appui doivent être alternés régulièrement (toutes les 2 h) et le patient qui en est capable doit apprendre à se soulever régulièrement dans sa chaise et à se mobiliser dans son lit. Il ne faut pas hésiter à responsabiliser le patient vis-à-vis de son "capital peau".

TROUBLES VESICO-SPHINCTERIENS

Ils sont fréquents et justifient une anamnèse orientée à la recherche d'une impériosité, de fuites urinaires ou d'épisodes de rétention, de troubles de la sensibilité.

La principale anomalie rencontrée chez les patients atteints de SEP est l'hypperréflexie et hyperactivité détrusoriennes avec dysnergie vésicosphinctérienne, c-à-d une vessie qui se vide fréquemment pour de petits volumes avec un sphincter lisse et strié qui se laisse difficilement franchir, ce qui provoque une hyperpression vésicale avec développement d'une vessie de lutte et risque de reflux vésico-sphinctérien. Les médicaments parasymphatholytiques (Ditropan®) peuvent calmer l'hypperréflexie et l'hyperactivité détrusoriennes mais la dysnergie vésico-sphinctérienne est quant à elle plus difficile à traiter (alphanbloquants: Dibenyline®, Hytrin®, Xatral®, Myorelaxants) ce qui impose le recours aux auto- ou hétéro-sondages intermittents qui sont une bonne alternative au sondage à demeure et au cystocath.

Ici aussi, il est important d'impliquer le patient dans la surveillance de son débit urinaire, de ses résidus post-mictionnels, de l'aspect de ses urines, des difficultés éventuelles à introduire la sonde urinaire...

SPASTICITE

L'importance de la spasticité peut être très variable, d'une simple gêne à un frein complet à toute activité motrice. Parfois elle est bénéfique, par exemple chez un patient parétique qui s'appuie sur des membres inférieurs raidis par la spasticité pour faire ses transferts ou quelques pas.

La spasticité est aggravée par tout stimulus nociceptif du SNC. Par conséquent, le traitement commencera par rechercher et éliminer les épines irritatives que sont les calculs et infections des voies urinaires, les ulcères de décubitus, la constipation, les thromboses veineuses profondes etc...

La pierre d'angle du traitement de la spasticité est l'exercice, comportant des étirements des muscles spastiques, des mobilisations des articulations afin de maintenir une piste complète. Outre la prévention du raccourcissement musculaire et de l'ankylose articulaire, les étirements ont un effet inhibiteur sur la spasticité en diminuant l'activité des fuseaux neuro-musculaires.

Les techniques de Bobath permettent d'une part d'inhiber une partie de la spasticité facilitant ainsi les mouvements normaux et d'autre part d'améliorer la contraction musculaire et la coordination du mouvement. L'application locale de froid ou de certaines formes de courants électriques permet également une réduction de la spasticité.

Médicaments de la spasticité:

Le baclofène, Lioresal®, antispastique à point d'impact spinal, dérivé de l'acide gamma-aminobutyrique, est un neurotransmetteur qui inhibe la transmission réflexe mono- et polysynaptique vraisemblablement en stimulant les récepteurs GABA bêta. On commencera avec de petites doses de 5 mg 1 à 3 x/jour en augmentant de 5 mg tous les 3 jours sans dépasser une dose maximale de 80mg. La dose minimale doit être recherchée pour chaque patient afin d'éviter toute sensation de fatigue ou parésie. Il faut savoir que le baclofène per os reste inefficace chez environ 25% des patients; par contre, le baclofène utilisé en intra-thécal possède une efficacité spectaculaire mais cette technique reste actuellement limitée aux cas les plus sévères. La tizanidine, Sirdalud®, est un myorelaxant à effet central dont le principal site d'action se trouve dans la moelle épinière; il inhibe préférentiellement les mécanismes polysynaptiques responsables de l'hyppertonie musculaire sans nuire à la transmission neuromusculaire. Il diminue la résistance aux mouvements passifs, lève les spasmes et le clonus et par conséquent améliore la force musculaire des antagonistes. La dose initiale est de 3 x 2 mg à augmenter progressivement jusqu'à la dose optimale entre 12 et 24 mg en 3 ou 4 prises avec un maximum de 36 mg.

Le diazepam, Valium®, est utile mais à faible dose pour éviter somnolence, fatigue et dépression, 1 à 5 mg 3x/jour, en association avec le baclofène.

Le dantrolène sodique, Dantrium®, est également utile pour traiter la spasticité; son mode d'action directement sur le muscle lui-même par inhibition de la libération des ions calciques à partir du réticulum sarcoplasmique provoque souvent une diminution de force parallèle à la diminution de la spasticité. Son utilisation se limite donc à des patients déjà très parétiques chez qui la spasticité constitue une entrave au positionnement correct et à l'hygiène. En outre, il présente une toxicité hépatique.

L'association de ces médicaments qui agissent sur des sites différents permet parfois d'obtenir l'effet désiré sans devoir recourir à des doses élevées d'un seul médicament et donc avec des effets secondaires moindres. Lorsque l'on recherche une diminution sélective de la spasticité sur un muscle, on peut avoir recours aux infiltrations des points moteurs avec l'alcool, le phénol ou la toxine botulinique ou réaliser chirurgicalement une neurotomie partielle sélective.

TROUBLES ANO-RECTAUX

Incontinence et constipation à traiter par fibres, restauration d'un rythme de selles tous les jours ou tous les 2 jours, en profitant du réflexe gastro-colique 1/2 h à 3/4 h après le repas. le plus important de la journée, suppos de glycérine, éviter les lavements.

DOULEUR

La douleur est heureusement inconstante chez les patients atteints de SEP: elle peut se manifester sous forme de douleurs lancinantes sourdes et profondes ou de dysesthésies. Outre les antalgiques classiques, on peut utiliser la carbamazépine ou l'amitriptyline.

TROUBLES DE LA VUE

Les troubles de la vue sont fréquents chez les patients atteints de SEP; le recours au spécialiste ophtalmologue est utile pour minimaliser chaque déficit. Pour la diplopie, on cache alternativement un oeil pour éviter les doubles images.

TROUBLES DE LA COMMUNICATION

Langage: dysarthrie ; une rééducation logopédique peut parfois se justifier.

TROUBLES DE L'ALIMENTATION

La démyélinisation du tronc cérébral peut provoquer des troubles de déglutition qui impose parfois la mise en place d'une sonde de gastrostomie. Chez les patients dont l'alimentation est normale, on se méfiera de l'obésité qui limite les possibilités fonctionnelles.

MOBILITE

La mobilité ce n'est pas seulement la marche avec les aides techniques adéquates (orthèses, cannes, tribunes), c'est aussi les conseils pour acquérir le fauteuil roulant le plus adapté aux besoins du patient, l'apprentissage des transferts lit-fauteuil, fauteuil-wc ou fauteuil-auto afin de garantir la meilleure autonomie possible; c'est aussi apprendre au patient à se verticaliser afin d'éviter les effets secondaires de l'immobilité.

