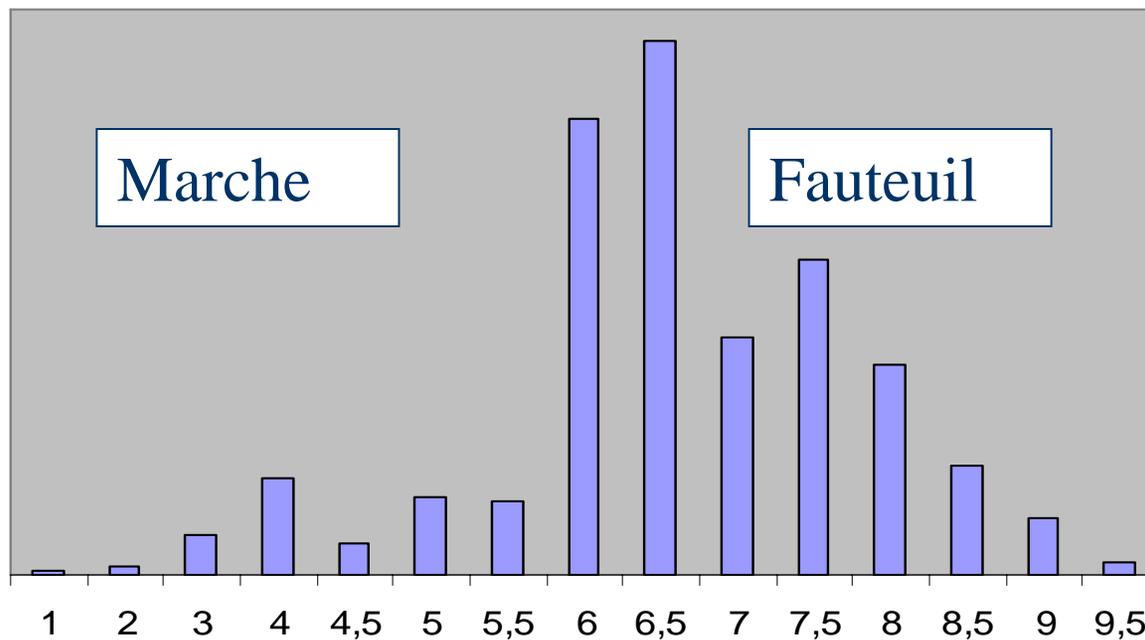


Sclérose en Plaques et Kinésithérapie

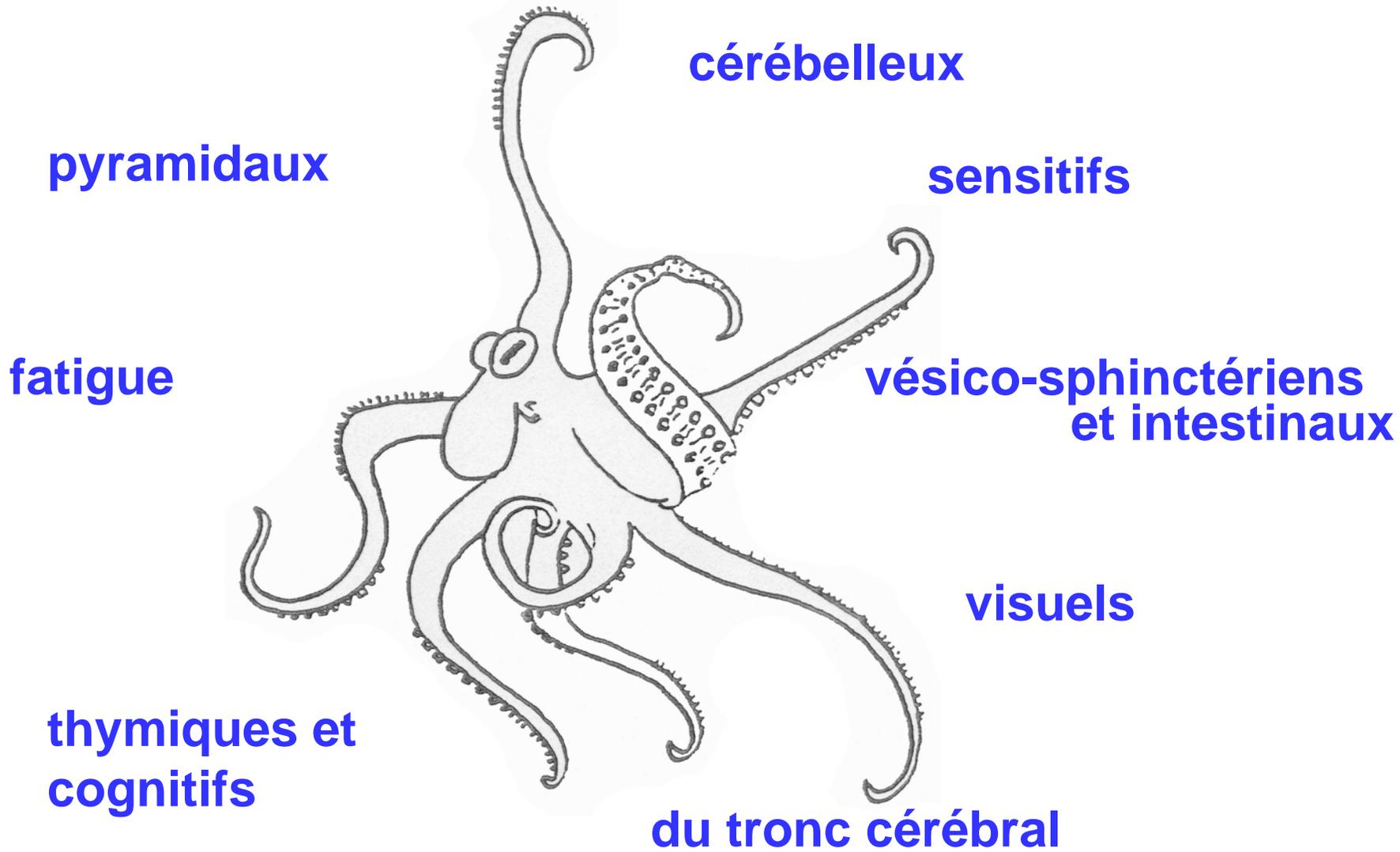
Aux différents stades de la
maladie

Pierre Besson

25 juin 2011



Diversité des symptômes, souvent intriqués



S e n s i b i l i t é à l a t e m p é r a t u r e

Maladie évolutive

En moyenne, pour la moitié des patients

- Difficultés de marche après 6-8 ans
- Utilisation d'une canne après 12-15 ans

Débuts de la maladie

prise en charge précoce

- Information / Education
 - Gestion de la fatigue
- Organiser l'auto rééducation
 - Entraînement physique
 - Endurance
 - Force
 - +/- gestion autres déficits

prise en charge précoce

Informé / Eduquer

- **La fatigue et sa gestion**

Epuisement des possibilités physiques pour une activité parfois minime

Retentissement sur les activités quotidiennes

Fluctuation des performances

Alternance activité / récupération doser intensité et durée pour permettre des temps de récupération « acceptables »

Réduction sélective des activités

Lutte contre le déconditionnement / réentraînement à l'effort

prise en charge précoce

Organiser l'auto rééducation

- Entraînement physique / réentraînement à l'effort
Endurance (aérobie)
Force (résistance)

Activités physiques – de loisir

Entraînement en endurance : jusqu'où ?

recommandations de Dalgas 2009

EDSS < 7.0

- 10 à 40 min / séance selon les possibilités du patient
- 2 à 3 séances par semaine
- 60 à 80 % de fcm (50 à 70 % VO₂max)
- Progression sur les premiers mois :
 - Augmenter la durée de séance ou rajouter une séance
- Progression au delà
 - Chercher à augmenter résistance ou vitesse

Entraînement de la force : jusqu'où ?

recommandations de Dalgas 2009

(EDSS < 7)

- 2 à 3 séances par semaine
- 4 à 8 exercices pour tout le corps
- Démarrer à la 15 RM
- Après plusieurs mois passer à la 10 ou 8 RM
- 1 à 3 séries au début pour passer à 3 – 4
- 2 à 4 mn de repos entre les séries

Maintenir, promouvoir l'activité physique

- Activités « de loisirs »

 - Vélo, footing, natation, ...

 - Marche (rapide), ...

- En (auto)rééducation

 - Ergomètres, tapis de marche, stepper, entraîneurs divers ...

 - Exercices dans l'eau ou à sec

Les difficultés de marche, puis de déambulation

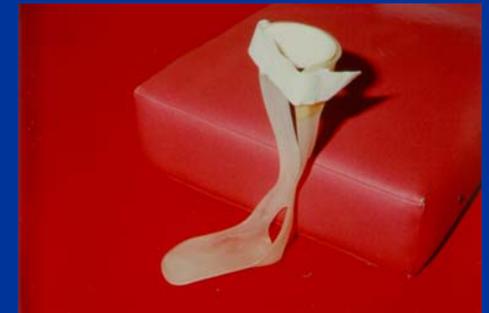
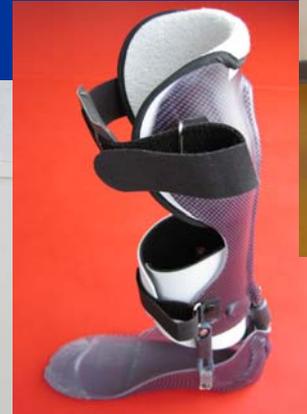
- Rééducation plus axée sur les déficits et incapacités
- L'entretien autonome est privilégié mais la participation du MK devient indispensable
- Apparition des aides techniques

Gestion de la fatigue

Information / éducation

- Matériel, équipements adaptés, d'introduction précoce
- Aménagement de l'environnement
Adaptation travail / poste de travail.
- Abaissement de la température corporelle
- Poursuite lutte contre le déconditionnement / réentraînement à l'effort

•Matériel, équipements adaptés,
d'introduction
précoce



Gestion de la fatigue

- **Information / éducation**
- Matériel, équipements adaptés, d'introduction précoce
- Aménagement de l'environnement
Adaptation travail / poste de travail.
- Abaissement de la température corporelle
- Poursuite lutte contre le déconditionnement / réentraînement à l'effort

- Abaissement de la température corporelle

Aggravation à la chaleur pour une majorité de patients

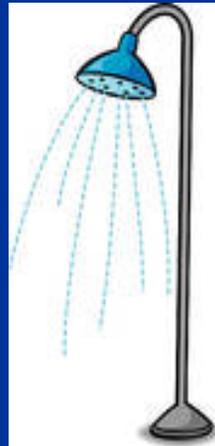
(test du bain chaud employé à une époque pour aider au diagnostic)

Balnéothérapie chaude (33-34°) à proscrire

Balnéothérapie à 29-30° généralement bien tolérée

Chaleur « locale » antalgique ~20 mn bien supportée

Recherche de « rafraîchissement » corporel – aucun protocole.



Gestion de la fatigue

- **Information / éducation**
- Matériel, équipements adaptés, d'introduction précoce
- Aménagement de l'environnement
Adaptation travail / poste de travail.
- Abaissement de la température corporelle
- Poursuite lutte contre le déconditionnement / réentraînement à l'effort

La Souplesse

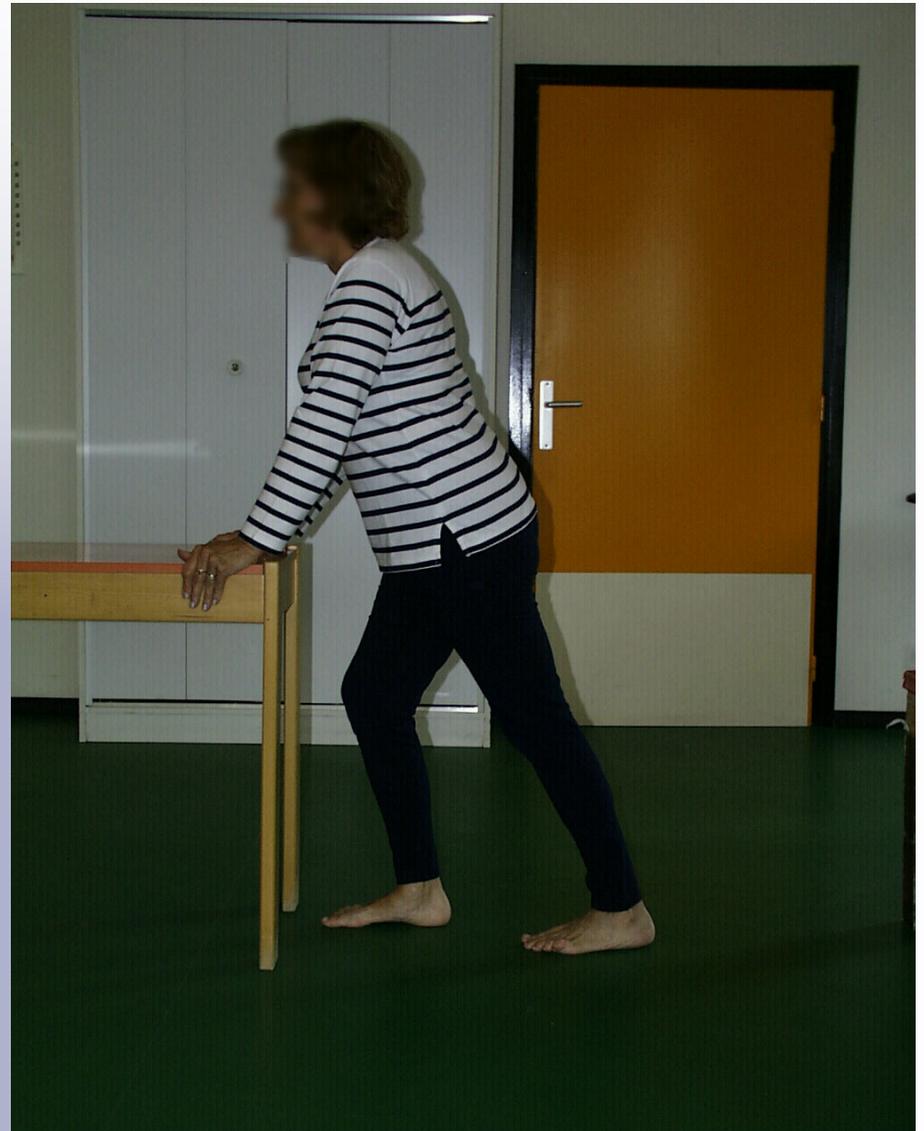
- Lutte contre la spasticité

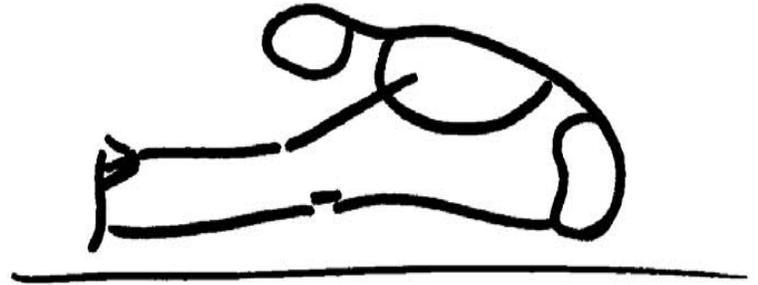
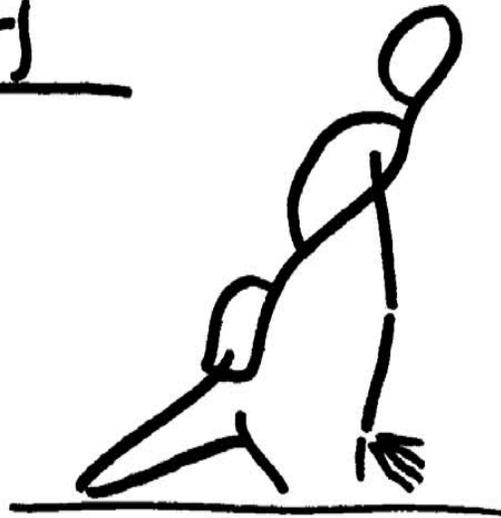
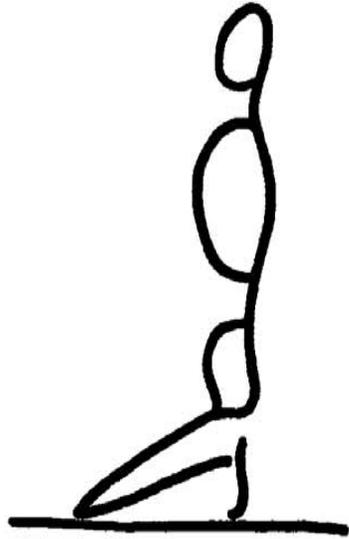
Les (auto)étirements

La mobilisation

La cryothérapie

- Entretien de la souplesse générale





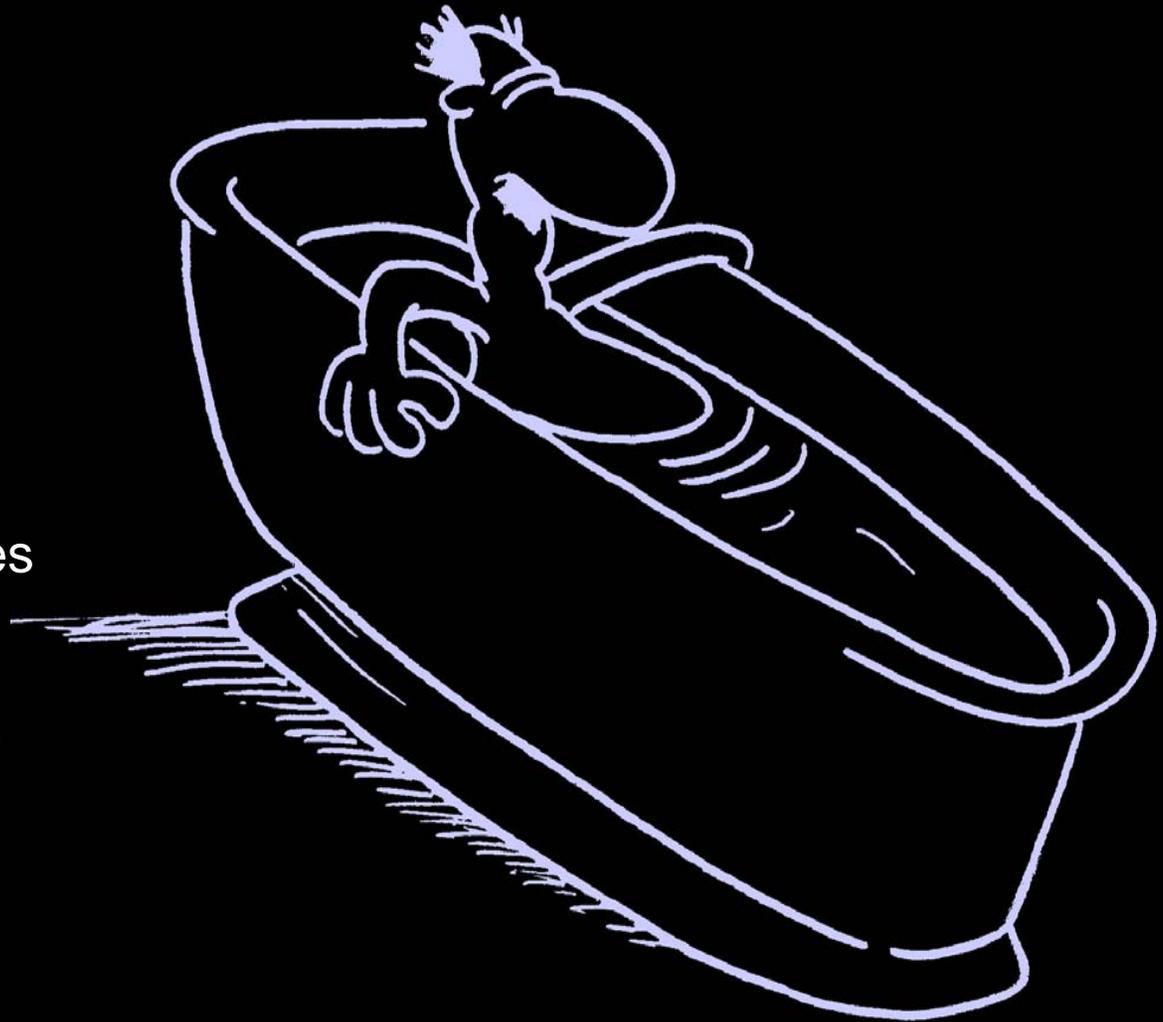


Cryothérapie

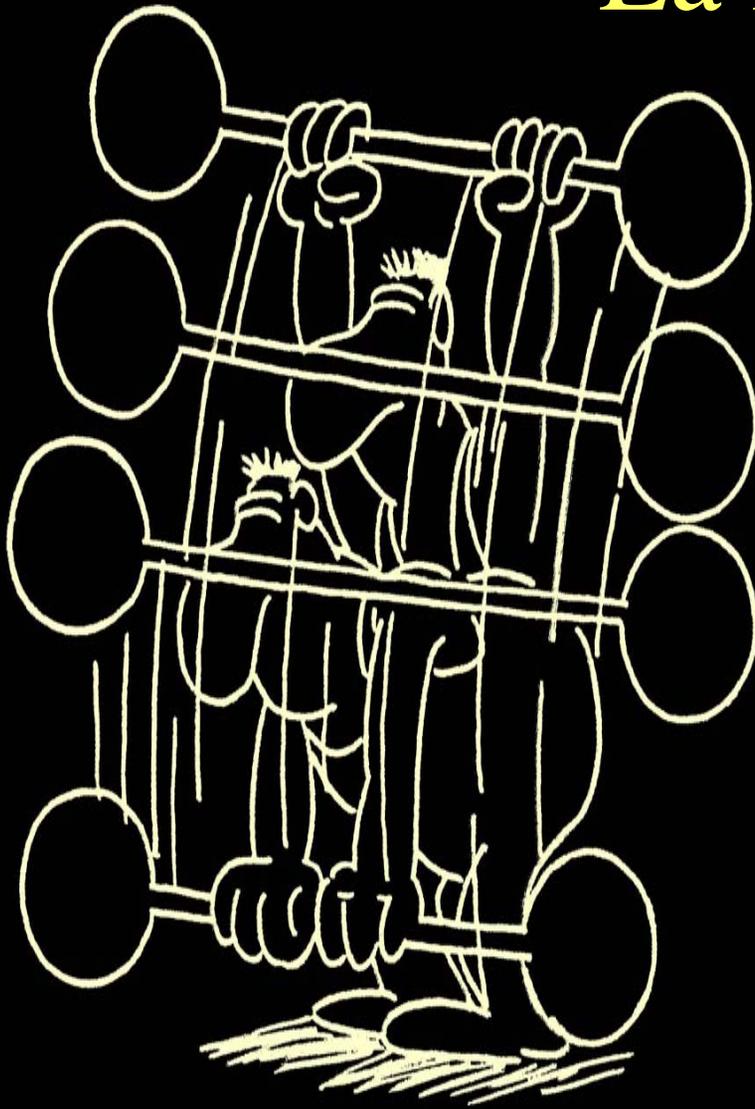
des protocoles divers

des résultats aléatoires

parfois spectaculaires



La force



RENFORCEMENT MUSCULAIRE

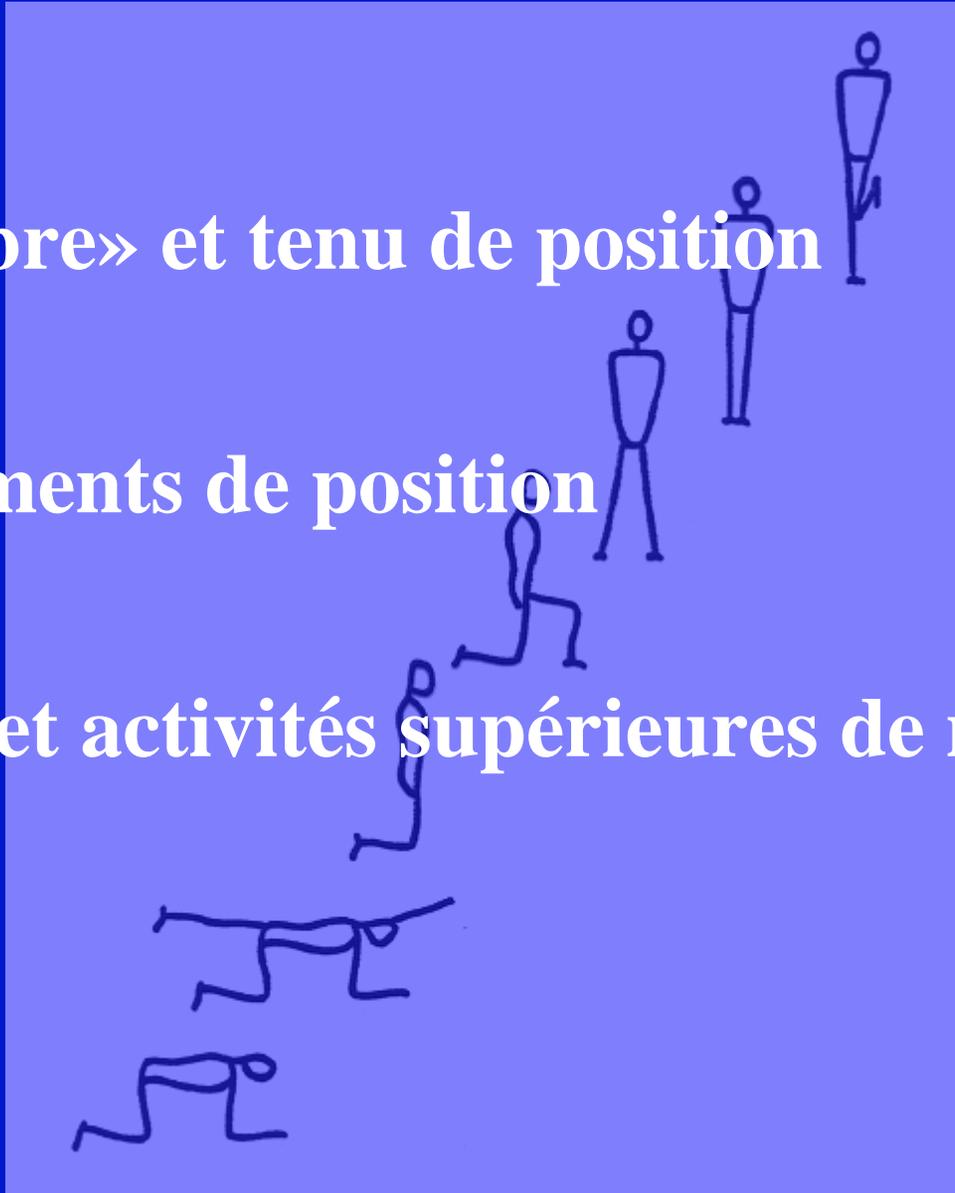
« fait partie intégrante de tout programme de rééducation de la SEP pour les patients autonomes »

localisé
global

compensations

Equilibre statique et dynamique

- « Equilibre » et tenu de position
- Changements de position
- Marche et activités supérieures de marche



Stades en fauteuil

- Kinésithérapie de + en + passive aux MI

Perte de force croissante

Spasticité parfois plus importante

Etirements

Mobilisation passive

manuelle

mécanisée

Spasticité MS souvent plus tardive

- Entretenir les possibilités de redressement
- Solliciter tronc et MS





Spasticité

Recommandations de l'AFSSAPS

juin 2009

Stratégie générale

La kinésithérapie est le traitement de base...

...elle permet souvent d'éviter les rétractions

...mais ne peut atténuer la spasticité au long
cours

Stades en fauteuil

- Entretenir les possibilités de redressement
- Solliciter tronc et MS



Plus tard

Prévention / prise en charge des complications de
décubitus, nursing

Mise en place parfois d'hyperinsufflations

En conclusion

Une kinésithérapie à adapter
au patient
à la symptomatologie
aux périodes de la maladie

pouvant évoluer du « coaching » à une prise en charge
de « nursing »