

# Qu'est ce que la rééducation d'un patient ayant une sclérose en plaques



Dr Sylvie Cantalloube  
Service de MPR  
Hôpital Reine Hortense  
Aix les Bains  
Le 08/10/2011



# Objectif de la rééducation

Faire progresser le patient  
en lui faisant tirer le meilleur parti possible de ses capacités  
restantes au service de son autonomie

Malgré les progrès des TT médicamenteux, les besoins en  
RR restent présents au cours de l'évolution

Education patient et entourage

Pas de PEC standardisée

PEC individualisée

# Possibilités de rééducation

PEC pluridisciplinaires+++ en externe ou en centre

Modes de PEC:

- HDJ
- H de semaine
- H complète en MPR: 2 h de travail actif par jour++ avec des IDE, AS, kiné, ergo, orthophonie, neuro-psychologue, psychologue, Ass sociale, diététicienne...
- En externe avec coordination des intervenants.
  
- Hospitalisation en MS: PEC moins intensive,
- Hébergement temporaire: de répit pour le patient , la famille

# Qui, quand, pourquoi et comment?

Quelle est la demande du patient ?

Quelle est la demande de sa famille?

Quels sont les objectifs que les soignants sont en mesure de lui proposer?

Quand? Le plus tôt possible dès que perte d'autonomie rencontrée+++

# Objectifs de la rééducation

- Evolution dans PEC depuis 1997 (travaux de Freeman)
- Rééducation= ACTIVE
- Lutte contre sédentarité +++
- Lutte contre la fatigue
- Maintien autonomie en VQ, à la marche ou en FR
- Bilan des besoins en AT et essais
- Inciter la socialisation...
- Proposer des exercices d'auto-rééducation+++à poursuivre à la sortie

# Principales limites à PEC active

- Troubles cognitifs majeurs+++
- Troubles psychiatriques: état dépressif non traité ou décompensé
- Dénier, refus, manque d'investissement
- Les syndromes cérébelleux majeurs

Dans une certaine mesure l'asthénie majeure

D'où nécessité d'une évaluation avant ou dès le début de séjour pour mieux orienter les objectifs de MPR

# La kinésithérapie et la SEP

= TRAVAIL ACTIF prioritaire+++



Que ce soit en centre, à domicile ou en externe  
PEC passive (massages...)= confort mais  
**INUTILE** pour le progrès ou maintien des acquis

# Les + de la rééducation en centre de MPR

- PEC pluridisciplinaire dont ergothérapie+++
- Gestion de la fatigue: fractionnement des séances, pas de transport, repos entre les séances, cryo, aérobie
- Techniques d'évaluation plus spécifiques ou nécessitant un appareillage complexe: plate forme d'équilibre, isocinétisme
- Techniques de rééducation: la contrainte induite: MS, tronc et MI
- Rôle social, de communication, d'échange

# Kinésithérapie et SEP (1): patient autonome

- Proposer PEC intensive en centre (en moyenne 1 fois/ an ou si perte autonomie)
- ou en libéral en kiné à raison 2 à 4 séances de kiné/7 plusieurs fois par an
- De préférence au cabinet du kiné
- Ou alterner domicile et chez le kiné:

## Avantages du domicile:

1. travail autonomie sur lieu de vie
2. diminue la fatigue+++

## Avantages du cabinet du kiné:

1. séances + longues
2. + de matériel

Peu d'intérêt à une séance /7: pas de preuve d'efficacité sauf en prévention complications

# Kinésithérapie et SEP(2)

## patient ayant perdu son autonomie

Fréquence:

Min 1 à 2 fois par semaine

Lieu:

Le plus souvent à domicile mais parfois alterner au cabinet (Bon de transport)

Proposer aussi des séjours avec PEC

multidisciplinaire avec objectifs différents:  
adaptation appareillage, aides dom, bilan VS,  
verticalisation...)ou séjours de répit

# Kinésithérapie et sep

Bertrand

# Ergothérapie et SEP

Elodie

# SEP et fatigue

Touche 80% des patients

Initiale ds 33%

- Fatigue I<sub>aire</sub>: liée à la sep
- Fatigue II<sub>aire</sub>: plusieurs facteurs dont la sédentarité, dpr, stress, tb sommeil, iatrogène, chaleur, fièvre...

Fatigue retentit sur les performances:  
physiques et cognitives

# Gestion de la fatigue=travail de l'équipe

## Liée au syndrome de déconditionnement

- Lutte contre tb sommeil= tb VS (pollakiurie nocturne)
- Lutte contre les effet iatrogènes des TT
- Instaurer des pauses dans la journée
- siestes ++(sans TV!)
- Adapter les horaires de RR  
et le travail (temps partiel, pauses, ap midi...)
- Fractionner les activités (marche, cuisine, jardinage...)
- Privilégier certaines taches assises: toil, habillage, cuisine, repassage...
- Eviter l'alcool qui la majore



# Rééducation de la fatigue

- TT: Mantadix, Modiodal, IRS...
- Echelles: FSS
- Adaptation des AT à la marche: canne , releveur...en ergoth: FRM, FRE, siège douche...
- Cryothérapie: douche ou bains froids, cold Pack...aménagement climatisation
- Rééducation aérobie+++ personnel, avec le kiné, handisport



# Travail aérobie et SEP

## Amélioration de la fatigue par l'exercice aérobie

Nombreuses études:

Petajan, Ann Neurol, 1996

30 min vélo x 3/sem sur 15 sem induit :

éléments dépressifs, la mobilité et du bien être physique

Kerdoncuff, Ann Med Phys et Read, 2006

1h/sem améliore qualité de vie (sep –59) si EDSS<6 (45 sep)

Mostert Mult scler 2002

Activité aérobie externe: vélo, natation, yoga...



# Règles d'hygiène de vie

## Règles hygiéno-diététiques



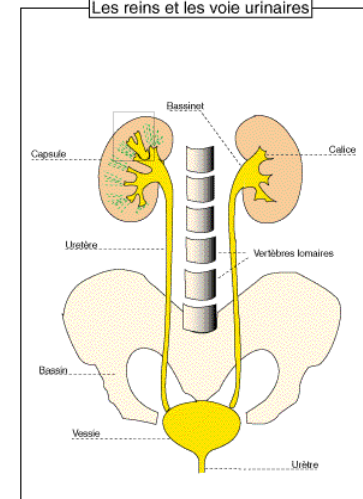
- Boissons adaptées: restriction fqte+
- Apports nutritionnels: surveillance qualité et quantité de calories (prise poids=pb)

## Hygiène de vie:

- Lutte contre la sédentarité=exercices physiques et cognitifs
- Gestion fatigue: pauses régulières, fractionner les activités
- Eviter le port de charge, livraisons dom, covoiturage
- Socialisation, sorties, activités salariées ou non
- Sophro, relaxation...
- Régularité dans le rythme de vie



# Les troubles vésico-sphinctériens



Très fréquents: de 50 à 80% des patients

Conditionnent le pronostic fonctionnel et majorent handicap social et psychologique

Clinique polymorphe:

- **Signes irritatifs:** impériosité, pollakiurie, incontinence par impériosités
- **Signes obstructifs:** dysurie, rétention, souvent dysynergie vésico-sphinctérienne

souvent associés:

**Ano-rectaux (= épine irritative): CONSTIPATION+++**

Incontinence fécale

**Génito-sexuels**

# Recommandations pour le suivi des neuro-vessies dans la SEP

## Dépistage systématique

- Bilan initial:

- **Patients asymptomatiques sur le plan vésico-sphinctérien**

- Interrogatoire dirigé sur les TVS
- Mesure du RPM (échographique, bladder)

- **Patients symptomatiques sur le plan vésico-sphinctérien**

- Calendrier mictionnel sur 24 à 72 h
- Echographie vésico-rénale
- ECBU
- BUD
- Clairance de la créatinine



# Recommandations pour le suivi des neuro-vessies dans la SEP

– **Patients à risques** (SEP>15 ans, hautes pressions vésicales, CNID amples, SAD, +/- homme/age>50 ans/DVS)

- Suivi spécialisé recommandé
- Bilan annuel: calendrier mictionnel, BUD, ECBU, échographie VR, clairance créatinine, qualité de vie
- Bilan morphologique tous les 3 ans: cystographie rétrograde ou vidéourodynamique

– **Patients sans risques:**

- Bilan annuel: calendrier mictionnel, débitmétrie, ECBU, échographie VR
- Bilan urodynamique tous les 3 ans

– **Dépistage cancer vésical par cystoscopie**

- systématique si hématurie
- annuel chez patient en SAD
- tous les 2 à 3 ans si patients en ASI/KT>3 ans

# Rééducation des troubles VS

- Dépistage systématique
- Supprimer épines irritatives= constipation+++
- PAS de TT de l'IU asympt, diurèse++
- TT de l'IU uniquement si symptômes: fièvre, recrudescence fatigue, spasticité...
- Tb continence: TT anticholinerg, SI(auto, hétéro calendrier M, Neurostim SPI (Urostim)
- Tb vidange: TT de la constipation+++ miction en 2 ou 3 temps, zones réflexogènes,  $\alpha$ -, levée obst prostate, SI
- Tt chirurgical de dérivation...



# Rééducation des troubles du transit

## Constipation :

épine irritative fréquente

Majore les tb VS

PEC:

- RHD, Eductyl, laxatif PO
- défécation après les repas
- installation sur WC(120°de flx de H)
- Verticalisation++et activité physique régulière
- Massages coliques en cadre
- relaxation



# Incontinence anale

Causes les plus fréquentes: diarrhée sur fécalome, alternance diarrhée constipation

PEC:

- celui de la constipation
- Si échec essai Urostim
- Irrigation Transanale Persisteen
- Persisteen Obtal (tampon mousse)



# SEP et Troubles Génito-sexuels

Chez l'homme:

Pb d'érection le plus souvent

Parfois pb d'éjaculation

Chez la femme:

pb de sécheresse vaginale

Pb spasticité (adducteurs)

# SEP et Troubles Génito-sexuels

Interrogatoire++

Traiter les pb VS et AR++

Rassurer les patients

Traiter la spasticité

Chez l'homme:

Essai traitement per os (CIALIS®, VIAGRA®)

Injection intra-caverneuse (EDEX®, CAVERJECT®)

Chez la femme:

Gel lubrifiant

# Rééducation et la spasticité

Différencier spasticité utile et nuisible

Éliminer toutes les épines irritatives

PEC: toxine botulique, médicaments PO, pompe à Liorésal... à discuter en fonction de l'importance de la spasticité et de son retentissement. Cryothérapie



Nécessité d'une bonne prise en charge kiné associée et de l'adaptation de l'appareillage au cas par cas

# Troubles visuels

Fatigue oculaire, BAV, diplopie...

Rééducation des yeux: Orthoptiste: PEC par CPAM



- Prismes si diplopie
- Rééquilibrer le tonus musc des yeux
- Harmoniser le travail des yeux
- Travail de coordination

# PEC par l'orthophoniste Sophie Godde

Séances fractionnées de 45 min incluant  
des pauses

Partenariat avec kiné: W respi, W ergo:  
déglutition

En centre ou à domicile (limite la fatigue du  
déplacement)

Concerne: les fonctions cognitives, le  
langage, la parole, la déglutition

# Troubles cognitifs et sep

Fréquents: 50% tb cognitifs légers, 10% tb graves  
(mesures de protection)

Bilan débuté par le médecin (neurologue, médecin de MPR)

Complété par le bilan de l'orthophoniste et de l'ergothérapeute

Demander un bilan neuro-psychologique (2 demies journées car fatigue).

Rééducation: PEC par l'orthophoniste en externe (PEC remboursée) mais aussi par entourage

# Les troubles cognitifs

## Troubles cognitifs concernent:

raisonnement, attention, concentration, fluence verbale, mémoire, fonctions executives

Majorés par la fatigue

Détecter des réactions dépressives ds 40 %

## La rééducation:

- Attention, concentration
- Mémoire: ex d'apprentissage, mise en place de stratégies mnémotechniques (tq sémantiques), mémoire de récit avec RI, RD
- Mémoire de travail: classement, empans, calcul mental
- Fonctions executives: stratégie, planification, résolution de pb, flexibilité

# La rééducation de la déglutition

- Minimisés ou méconnus++
- Associés à des tb posturaux déficit moteurs..
- Consignes de posture, installation au calme+ ergo
- Mobilisation assouplissement du rachis: (les rotations qui favorisent le tps oro-pharyngé et contrôle postural+++ ) et de la face
- Technique de rééducation motrice de la face, des praxies. Exercices de mastication et de déglutition
- Consignes de textures: mixé, haché, évitez les émiettés, évitez eau plate, eau gazeuse++froide++
- Stimulation des réflexes
- Techniques de relaxation...

# La rééducation de la parole, du langage

Travail respiratoire+ kiné

Relaxation si besoin

Phonation et prosodie

Travail de l'articulation (pas de travail en force)

# Douleurs et sclérose en plaques (1)

Fréquence élevée: 40 à 50% des patients

3 principaux types de douleurs:

(sans lien avec durée et sévérité de maladie)

- Les brûlures (extrémités)
- Les douleurs paroxystiques (névralgie du V)
- Les rachialgies: liées aux tb posturaux, du schéma de marche

Autres douleurs: spasticité, poussées, vésicales, escarres...

# Douleurs et sclérose en plaques (2)

Douleurs neuro: classe des anti-épileptiques, anti-dépresseurs, TENS

Douleurs de la spasticité: priorité est d'éliminer épine irritative++

Cryothérapie, étirement, Antispastiques



# Prise en charge psychologique

Importante à ne pas négliger

Maladie chronique au devenir incertain

Aide à passer des caps dans la perte d'autonomie

Aide à la gestion du stress

Soutien de l'entourage

Eviter l'isolement (auxiliaire de vie, groupes de parole, associations sep: arsep, nafsep, lfsep, apf...)

Pb pas de remboursement pour suivi en externe

# PEC sociale

- Doit être précoce
- Nbx partenaires:  
patient, familial, MT,  
de MPR, du Travail, AS,  
ergonomes, associations...
- Dossier MDPH
- Accessibilité du logement,
- Aménagement véhicule  
(11%)
- Permis H
- Aides: financières,  
humaines, matérielles

## Emploi:

- Maintien activité prof+++ 20-30% conservent leur emploi
- 1/3 ont un déclassement prof
- Bilan de compétence pour reclassement prof
- Intervention des AGEFIPH

# En conclusion

## La rééducation doit :

EDUCATION patient+++et entourage

Incitation à hygiène de vie :W aérobie, lutte contre sédentarité, prise de poids, isolement social.

S'adapter au patient (travail, déplacement...)

Handisport

Tel que atteindre objectif d'une meilleure QdV et estime de soi 😊

# MERCI!

