

Sclérose En Plaques et rééducation

■ 22.09.2018

■ Journée rhônalpine Réseau RA

■ Dr M.C. POUGET Hôpital Henry Gabrielle, Hospices Civils de Lyon. Réseau Rhône Alpes SEP



Hospices Civils de Lyon



La rééducation et le médecin

MPR : c'est quoi?

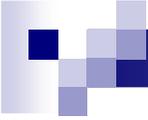
- La "médecine physique et de réadaptation" (MPR) est la spécialité qui a pour rôle de coordonner et d'assurer la mise en application de toutes les mesures visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et des incapacités. (Union européenne des médecins spécialistes).



La rééducation et le médecin

MPR : c'est quoi?

- Rôle premier : prévenir les complications et limiter le handicap en lien avec une déficience
- Dans les suites : minimiser les conséquences d'une déficience et du handicap qui en découle



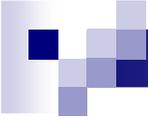
Déficiences dans la SEP

- Déficiences : motrices, sensitives, équilibre, visuel, troubles neuro-périnéaux, cognitives
- Très variables selon les patients
- Variables suivant la maladie et son évolution



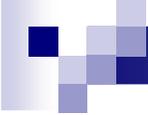
La prise en charge

- Adaptation de la prise en charge pour chaque patient
- Adaptation tout au long de la maladie



Activité Physique

- L'activité physique est nécessaire chez les patients SEP
- Rôle sur la fatigabilité et les performances quotidiennes
- Mise en place dès les premiers stades de la maladie *(Rietberg et al 2005, Molt et al 2014)*



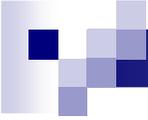
Déconditionnement à l'effort

- Déconditionnement plus important des SEP par rapport aux autres pathologies chroniques *(Molt et al 2005)*
- 2 types de déconditionnement : *(Isner-Horobeti et al 2015)*
 - Baisse des capacités aérobies
 - Faiblesse musculaire



Baisse des capacités aérobie

- Manque d'activité physique induit une diminution des capacités aérobie (*Ravosa et al 2005, Hansen et al 2013*)
- Baisse du VO₂max proportionnel au niveau de handicap
- Pas de différence pour le métabolisme lactate entre sain et patient : possibilité adaptation à l'effort bonne qualité
- Augmentation inapproprié du débit cardiaque avec symptomatologie hypotension orthostatique à surveiller (*Hansen et al 2013, Merkelbach et al 2001*)



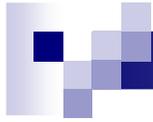
Atteinte musculaire

- Apparition d'une sarcopénie en lien avec la baisse de l'exercice, le déficit moteur et/ou la spasticité
- baisse de force quadriceps et ischio-jambiers de 43 à 47% / contrôle (*Chen et al 1987*)
- Faiblesse musculaire apparition rapide
- Majore la diminution des capacités aérobies
- Cercle vicieux déconditionnement aérobie/force musculaire



Effets de l'activité physique

- Augmentation de la force musculaire (*De Bolt et al 2004*)
- Meilleure tolérance à l'exercice avec amélioration VO₂ jusqu'à 20% (*O'Connell et al 2003*)
- Amélioration équilibre, mobilité et qualité de vie (*Tarakci et al 2013*)
- Mais aussi dépression, troubles cognitifs et fatigue (*Ensari et al 2014, Sosnoff et al 2013*)



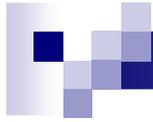
**FAIRE DE L'ACTIVITÉ OUI,
MAIS QUOI?**



Définition

- On entend par activité physique tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique.
(OMS)
- Cela englobe toutes les activités de loisirs, professionnelles, les tâches ménagères, et le sport

- 
- Aucune activité n'est interdite!!!
 - Les CI sont les mêmes que pour la population générale (cardiaque, respiratoire articulaire....)
 - Choisir une activité que l'on aime et que l'on fera!!!



- Se fixer des objectifs raisonnables
- Intégrer l'activité physique dans son quotidien
- Ce n'est pas une contrainte! Cela est ou doit devenir un plaisir
- Le faire en famille ou avec des amis cela permet de maintenir un lien social et familial fort



2 types d'exercice

- Le réentraînement à l'effort : travail d'endurance (vélo, marche nordique, course, natation...)
- Le renforcement musculaire contre résistance (musculation, gym assise, debout ou couchée...)

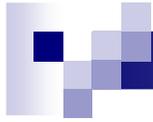
Principales recommandations selon le niveau de handicap :

Niveau d'EDSS	Troubles	Recommandations
EDSS 0 - pas de handicap	pas de fatigabilité	pratiquer des exercices combinés REE et RM, sports extrêmes déconseillés
EDSS faible	fatigabilité, troubles mineurs de l'équilibre, thermo-sensibilité	REE/RM contrôlé, possibilité de cryothérapie préalable, pas de surentraînement, sport supervisé
EDSS moyen	périmètre de marche limité, spasticité, parésie des membres inférieurs, ataxie, troubles de l'équilibre	REE adapté au déficit, marche nordique, ergométrie des membres inférieurs et supérieurs, RM des muscles cibles, aquagym
EDSS sévère	perte d'autonomie, marche quasi impossible	Entretien musculaire, RM orientée vers les muscles utilisés dans la vie quotidienne, étirements, yoga, mobilisation passive sur appareils actifs.



Choix de l'activité

- En 1^{er} lieu le plaisir
- Ensuite en fonction du handicap ou de la gêne principal



Et la rééducation?



La kinésithérapie

- En libéral principalement
- Souvent de façon précoce
- Aide à la reprise d'activité physique
- Travail plus spécifique sur la spasticité avec des étirements, limite les complications articulaires avec des mobilisation, travail de l'équilibre, renforcement musculaire, travail respiratoire



La psychomotricité

- Aide à se « réconcilier » avec son corps
- Travail sur le schéma corporel
- Travail de relaxation et de gestion des émotions à travers le mouvement



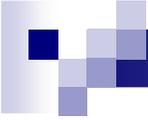
Organiser la prise en charge

■ Pertinence de la rééducation dans la SEP?

-intérêt des programmes libéraux d'entretien et de rééducation ++
(Rietberg et al, 2005; Khan et al, 2007)

-intérêt de la MPR en institution ++
approches multidisciplinaires
amélioration à moyen et long terme
des capacités fonctionnelles
du degré de participation
de la qualité de vie

-pas de démonstration de supériorité d'une technique / à une autre



Organiser la prise en charge

■ Où rééduquer?

-initialement PEC libérale : limite les ruptures avec le milieu familial, social et professionnel

-séjours en centre de rééducation

Hospitalisation complète ou hôpital de jour

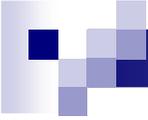
approche pluridisciplinaire guidée et coordonnée médicalement

durée 3 à 4 semaines

conseillés lors de majoration des incapacités ou de dégradation

fonctionnelle récente

proposés avec objectifs spécifiques préalablement expliqués au patient et à son entourage



Organiser la prise en charge

✓ **Quand et combien de temps rééduquer?**

- pas de limites temporelles ni spatiales à la mise en œuvre de la MPR
- pas de quota nombre et durée de séances
- pas de quota nombre de séjours en MPR ou séances MPR libérales

-recommandations actuelles:

« instaurer une PEC rééducative dès qu'apparaît une gêne (boiterie, maladresse MS, troubles de l'attention ou de la mémoire, troubles urinaires, visuels, de l'élocution) ou une fatigue invalidante »

indispensable en dehors des poussées pour prévenir les complications et entretenir les acquis

justifiée à chaque stade évolutif de la maladie

-durée et rythmicité: plutôt PEC régulière, peu intense, au long court
+ séjours répétés et périodiques