

REEDUCATION EN RHUMATOLOGIE

Dr. H. ZEROUGA-BEKKOUCHE

EHS CANASTEL

OBJECTIFS

- **Connaitre les principales techniques de rééducation et leurs principales indications.**
- **Connaitre les principaux intervenants, médicaux et paramédicaux.**
- **Connaitre le principe de la rééducation du rhumatisme inflammatoire, de la coxarthrose et de la gonarthrose, de la lombalgie et de la tendinopathie**
- **Connaitre les principaux appareillages, les matériels utilisés et leurs applications.**

INTRODUCTION

La prise en charge en rééducation correspond à une approche du patient qui vise à réduire les incapacités en rapport avec le développement d'une pathologie affectant de façon transitoire ou définitive l'appareil locomoteur.

La Médecine Physique et de Réadaptation (ancienne Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle) correspond à l'ensemble de traitements non médicamenteux ; appliquée à la Rhumatologie, elle comprend : kinésithérapie, physiothérapie, massages, ergothérapie, et appareillage.

PHYSIOPATHOLOGIE :

Douleurs, raideur et immobilité qui sont communes aux pathologies locomotrices vont entraîner des modifications des caractéristiques des articulations, des muscles et des performances motrices qui vont être pris en charge en rééducation. Cette rééducation fait appel à des techniques diverses et des intervenants variés (médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes).

La douleur, l'inflammation et l'immobilisation vont retentir sur les différents constituants et cela va se traduire par :

- L'amyotrophie qui s'installe d'autant plus rapidement qu'il s'agisse d'un muscle volumineux. Elle est responsable d'une diminution de la force musculaire.
- La raideur qui est liée aux rétractions des différentes structures péri-articulaires que sont les muscles, les tendons et les ligaments. Elle se traduit par une diminution de l'amplitude articulaire.
- Certaines pathologies rhumatismales sont responsables d'attitudes vicieuses ou des déformations.

LES MOYENS THERAPEUTHIQUES :

1- La kinésithérapie :

Ensemble de techniques visant à la réduction des déficiences de l'appareil locomoteur.

Principe actif essentiel de la rééducation en rhumatologie.

On distingue selon la participation du patient les techniques de rééducation passives et actives

a- La kinésithérapie passive :

Vise à modifier les propriétés des tissus (élasticité et souplesse) dans le but d'obtenir l'indolence et de permettre le gain d'amplitude articulaire

- Les massages :
 - Le massage superficiel sédatif ou effleurage, permet un échauffement des tissus cutanés et sous-cutanés.
 - Le pétrissage: permet une détente musculaire

- Le pincer-rouler est un massage destiné à la prise en charge des cellulagies.
- Le massage transverse profond est un massage plus localisé, il s'adresse aux pathologies musculo-tendineuses.

➤ Les mobilisations :

Leur but est l'entretien ou gain le d'amplitude articulaire.

Un secteur de mobilité limité (par altération structurale articulaire) ne peut au mieux qu'être préservé

Étirement ou assouplissement des structures abarticulaires (Capsule, ligaments, tendons et muscles)

➤ Les postures :

- C'est une mise en tension progressivement croissante jusqu'à l'étirement maximal (sans dépasser le seuil douloureux) d'une articulation.

- Attitudes adoptées par un segment de membre ou le rachis pour s'opposer à une déformation ou obtenir une position antalgique

- Manuelles (faites par le Kiné) ou instrumentales (orthèse de posture).

Elles contribuent à maintenir le résultat de la mobilisation

b- La kinésithérapie active :

Regroupe l'ensemble des techniques mettant à contribution le patient (participation volontaire du patient)

Repose sur :

- travail analytique (travail d'un groupe musculaire exclusif)

- travail global (travail d'une fonction) avec réapprentissage du geste ou d'une fonction

➤ Le renforcement musculaire analytique

Il vise à améliorer les performances musculaires en termes de force, de volume ou d'endurance. Différentes modalités de travail musculaire sont décrites:

- Renforcement isométrique, c'est à dire à longueur constante. Dans cette modalité d'exercice, il n'y a pas d'allongement ni de raccourcissement du muscle au cours de la contraction.
- Renforcement isotonique, c'est à dire à charge constante. Ce type d'exercice correspond à la musculation proprement dite qui privilégie les exercices répétés à charge constante qui peut être adaptée en fonction de la progression.
- Renforcement iso cinétique, c'est à dire à vitesse constante. Il s'agit d'un type d'exercice d'introduction récente permettant un renforcement musculaire à résistance contrôlée par un dynamomètre.

Cependant le plus utilisé en rhumatologie c'est le renforcement isométrique.

- La rééducation sensori – motrice :

Technique de renforcement musculaire faisant appel à une commande motrice automatique ou réflexe à partir de stimulations sensibles ou sensorielles.

Exemple: renforcement des muscles péroniers après entorse de cheville qui s'obtient par le travail de l'équilibre unipodal sur plateau instable.

- Le renforcement musculaire global
But: prolonger la prise en charge des patients dans une finalité fonctionnelle.
La réalisation d'un geste (geste de préhension) utile dans la vie courante, les activités sportives ou professionnelles.

2- La physiothérapie :

Utilisation d'agents physiques à visée thérapeutique.

Les propriétés de ces différents agents sont dominées par les actions trophiques et antalgiques.

Certaines actions sont spécifiques des agents utilisés, d'autres peuvent être rapportés de façon plus générale aux effets thermiques.

- La thermothérapie
 - L'application de chaleur possède des propriétés antalgiques directes. Elle augmente l'élasticité du collagène présent dans les tissus de soutien et contribue à lutter contre les raideurs. La chaleur peut être fournie à partir de sources variables: lampes infrarouges, application de parafango (argile), laser. Utilisée surtout en pathologie rachidienne commune (lombalgie)
 - La cryothérapie possède une action antalgique, particulièrement en cas d'inflammation. Le froid a en plus un effet anti-œdémateux.
L'application peut être obtenue par vessies de glace ou pulvérisation d'un gaz.
Exposition de 15 min, indirecte et pluriquotidienne.
 - Les bains écossais : Alternance de chaud et de froid
 - Les ultrasons : Ce sont des vibrations qui se déplacent en milieu hydrique et au sein des tissus de soutien. Ont un effet antalgique qui relève à la fois de leur effet thermique et de l'action propre des vibrations mécaniques. Ils sont utilisés en pathologie tendineuse.
- L' électrothérapie :
 - Le courant continu, utilisé dans les ionisations, dont le principe est de faire pénétrer dans les tissus cutané un produit actif.
 - Le courant alternatif, utilisé à visée antalgique à basse fréquence.

3- L'ergothérapie

La pratique d'activités ludiques et artisanales dans le but d'une optimisation fonctionnelle.

Le confort, la sécurité (économie articulaire) et l'efficacité du geste y sont enseignés et recherchés. Parfois usage d'orthèses et d'aides techniques confectionnées à la demande.

4- L'appareillage

Les orthèses et les aides techniques sont des dispositifs externes fabriqués en série ou sur mesure. Le petit appareillage correspond aux dispositifs médicaux fabriqués en série selon des tailles standardisées. Le grand appareillage est réalisé sur mesure ou moulage en matériaux durables.

- Les orthèses : Appareillage amovible de suppléance
 - Orthèses d'immobilisation ou de fonction pour les membres
 - Orthèses rachidiennes (ceinture de maintien, corset)

Elles exercent soit un rôle antalgique par l'immobilisation ou la limitation du mouvement soit un rôle fonctionnel: orthèse de posture ou de fonction

- Les aides techniques : Ce sont des moyens palliatifs variés.

Proposées pour le maintien d'activités spécifiques, lorsque les capacités fonctionnelles propres des patients sont dépassées.

Les cannes sont des aides techniques, elles peuvent faciliter la déambulation mais aussi permettre la mise en décharge d'un membre inférieur lors de poussées articulaires. A utiliser du côté sain pour décharger.

INDICATIONS

1. Rhumatisme inflammatoire

Lors des poussées (phase inflammatoire) : repos; orthèse; physiothérapie antalgique en particulier par le froid (vessie de glace) ; mobilisations douces.

Hors des poussées: mobilisations; postures; entretien et renforcement musculaire en isométrique (pour l'économie articulaire); ergothérapie; orthèses et aides techniques à la demande; auto rééducation (mobilisations, entretien musculaire).

Dans la polyarthrite, on se base sur la prévention des déformations et à l'adaptation du geste, des ustensiles et du domicile par l'ergothérapie.

Dans la spondylarthropathie on se base sur des exercices d'extension du rachis et la conservation des amplitudes respiratoires.

2. Arthrose

Dans les arthroses des membres (coxarthrose et gonarthrose) il est nécessaire de prévenir toute attitude vicieuse (flessum) par des postures, de maintenir l'amplitude articulaire et de

renforcer les muscles clés (renforcement isométrique du quadriceps et ischio- jambiers pour le genou et les muscles fessiers pour la hanche)

Poussée: repos; décharge; mobilisations douces; postures.

Hors poussée: mobilisation, renforcement musculaire; auto rééducation (mobilisation, posture, entretien / renforcement musculaire).

3. Pathologie rachidienne commune

Phase aiguë: repos.

Chronique:

Kinésithérapie: mobilisation axiale; renforcement musculaire axial pour prévenir les poussées évolutives; étirement musculaire sous-pelvien (lombalgies)

Auto rééducation: mobilisation; posture; entretien/ renforcement musculaire.

4. Pathologie tendineuse :

- Physiothérapie à visée anti-inflammatoire et antalgique (ultrasons)
- Immobilisation segmentaire par attelle
- massages (transverses profonds).
- mobilisation articulaire ; étirement et renforcement musculaires

5. Capsulite rétractile de l'épaule

- Kinésithérapie : mobilisation globale et spécifique gléno-humérale ; entretien musculaire global
- Auto rééducation : mobilisation ; entretien musculaire

6. Épaules douloureuses chroniques

- Kinésithérapie : mobilisation ; renforcement musculaire global et spécifique (abaisseurs extrinsèques : grand dorsal et grand pectoral) ;
- recentrage huméral dynamique.

CONCLUSION

La rééducation des affections de l'appareil locomoteur repose en grande partie sur la kinésithérapie, l'ergothérapie et la prescription d'appareillages.

Elle doit être indiquée et guidée en fonction des objectifs recherchés et en tenant compte du reste de la stratégie médicale.

Une rééducation précoce est garant d'un bon résultat fonctionnel.