

# Auto-rééducation chez le patient spastique

Mie Leeuwerck  
Kinésithérapie neurologique  
CHU UCL Namur, site Godinne,  
21 octobre 2017

## 1. Contexte actuel de la rééducation de l'AVC

Objectifs :

1. Restaurer la fonction primaire
2. Substituer une nouvelle fonctionnalité
3. Compenser si nécessaire

### Prise en charge conventionnelle en kiné neuro

- Mob – étirements – lutte contre l’hypertonie et les rétractions secondaires
- Tonification raisonnée
- Travail des transferts
- Travail équilibre assis
- MS : - stabilisation proximale de l’épaule
  - transport du bras dans l’espace
  - manipulation et dextérité
- Travail équilibre debout
- Marche avec/sans aides techniques
- Combinaison MS/MI à visée fonctionnelle (AVJ) + double-tâches

### + Prise en charge complémentaire (pour une High-intensity therapy)(Wu, 2016)

- Repetitive Task Training (Thomas, 2017):
  - cyclo-ergo-mètre (MS et MI)
  - tapis roulant (Druzbecki, 2016; Mohammadi, 2017)
  - exercices ciblés personnalisés
- CIMT (Corbetta, 2015)
- Task-specific Training (Khallaf, 2017)
- Marche en support partiel du poids (Merholz, 2017)
- Électrostimulation et ESF (Glanz, 1996)
- Réentraînement cardio-pulmonaire (prévention récurrence AVC) (Boyne, 2013)
- Renforcement musculaire ciblé personnalisé (Wist, 2016)
- Parcours de marche avec obstacles et escaliers

+ Prise en charge des troubles associés en équipe pluri-disciplinaire

- Ergothérapie (AVJ et task-specific training)
- Logopédie (langage, communication, concentration, mémoire)
- Neuro-psychologie (fonctions cognitives)
- Psychologie (acceptation du handicap)
- Assistance sociale

Rééducation conventionnelle + complémentaire + tr associés  
>> temps dédié à la rééducation insuffisant  
(centre de rééducation > domicile)

## 2. Intérêts de l'auto-rééducation

- Responsabilisation du patient, acteur de son évolution
- Augmentation du temps d'activité physique quotidien
- Optimisation du temps de rééducation par le kiné par allègement du nombre d'objectifs travaillés par le kiné : priorisation de certains objectifs non réalisables seul sans risque
- Prévention des rétractions et complications
- Estime de soi, optimisme et confiance en l'avenir : objectifs à atteindre

### 3. Évidences scientifiques de l'auto-rééducation

- Lorig & Holman (2003) Self-Management Education : History, Definition, Outcomes, and Mechanisms, The Society of Behavioral Medicine

  - définition le self-management, dans les maladies chroniques, en 3 tâches d'auto-gestion (gestion médicale, gestion des rôles et gestion émotionnelle) et 6 compétences (résolution de pb, prise de décision, utilisation des ressources disponibles, formation d'un partenariat patient-thérapeute, planification d'action et adaptation)
  - mécanisme possible grâce l'auto-efficacité = motivation + action
  
- Warsi A (2004) Self-management Education Programs in Chronic Disease, A Systematic Review and Methodological Critique of the Literature, Arch Intern Med/vol 164, Aug 9/23,2004

  - Effet sur les diabétiques (↓glycémie, ↓TA),
  - Effet sur les asthmatiques (↓crises)
  - Peu d'effet chez les arthritiques

- Jones F & Riazi (2011) Self-efficacy and self-management after stroke : a systematic review, Disability and Rehabilitation, 33:10, 797-810

  - Importance de la variable d'auto-efficacité sur les résultats : qualité de vie, AVJ, dépression
  
- Parke (2015) Self-Management Support Interventions for Stroke Survivors : A Systematic Meta-Review, Plos One 2015 Jul 23;10(7)

  - Haute évidence quand le self-management est enseigné dans la 1<sup>ère</sup> année
  
- Jones T. (2015) A systematic review of the efficacy of self-management programs for increasing physical activity in community-dwelling adults with acquired brain injury, Systematic Reviews 4:51

  - Pas d'évidence claire pour ↑activité physique
  - Pas d'évidence en faveur d'un relai et d'une surveillance via les contacts téléphoniques
  - Hétérogénéité et biais importants

- Jones F (2016) Building Bridges between healthcare professionals, patients and families : A coproduced and integrated approach to self-management support in stroke, Neurorehabilitation, 2016 oct 14;39(4):471-480
  - Méthodologie et support aux professionnels et familles pour favoriser le processus de self-management
  - Terminologie à préciser pour études comparatives à l'avenir
- Clark (2016) One size does not fit all – Stroke survivor's views on group self-management interventions, Disabil Rehabil 2016 dec 30:1-8
  - Pas de preuve d'efficacité pour la formation de groupes
  - Recherche des conditions pour créer des groupes malgré l'hétérogénéité
- Dobkin (2016) Behavioral self-management strategies for practice and exercise should be included in neurologic rehabilitation trials and care, Curr Opin Neurol 2016, 29:693-699
  - Importance du changement de comportement pour soutenir la motivation
  - Importance du support et feedback
  - Importance de contrôler le ressenti du patient et l'effet réel de son travail
  - Santé à domicile surveillée par technologies numériques

- Fryer C (2016) Self-management Programs for Quality of Live in People With Stroke, Cochdrane Corner, Stroke, 2016;47:e266-e267
  - Évidence pour ↑ qualité de vie
- Van Reeth C (2017) Guided self-rehabilitation and ambulation capacities in spastic paresis : Stretching postures vs. neuronal training vs. combined program. A randomised study, Annals of Physical and Rehabilitation Medicine e22-e27
  - Comparaison entre 3 programmes d'auto-rééducation guidée durant 2 mois
  - Groupe stretching
  - Groupe mouvements rapides alternatifs d'amplitude max
  - Groupe stretching + mouvements rapides
  - Tous ↑ vitesse marche pieds nus, pas de ≠ entre groupes

## 4. Quand intégrer l'auto-rééducation?

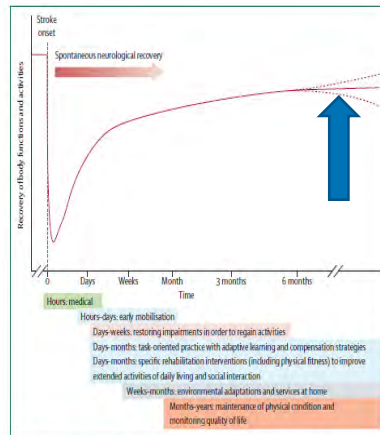


Figure 2. Hypothetical pattern of recovery after stroke with timing of intervention strategies  
Colour coding of the intervention strategies matches the coding in figure 1.

- Précocément, dès la « stroke unit » en donnant des exercices à faire seul en chambre
- Au domicile, avec/sans dossier d'auto-rééducation...

Langhorne (2011) *Stroke rehabilitation*  
Lancet.

## 5. Notre expérience

Depuis fin 2013 : 71 bilans (36 hommes, 35 femmes)

- Age du patient : 53 ans au moment du bilan (20/84)
- Types de patho : 41 AVC, 10 médull, 7 IMC, 5 SEP, 4 Pk, 4 autres
- Délai entre apparition pathologie et bilan : 7 ans
- Distance domicile – CHU : 52,7 km (6/163)
- Contact avec kiné traitant : 3 kinés présents en dernière séance (contact tél d'invitation)

### **Prescription avec 5 à 6 séances de kiné, bilan et auto-rééducation :**

- 1<sup>ère</sup> séance de prise en main du patient :  
évaluation globale des compétences, bilan d'autonomie, anamnèse sur le domicile et l'entourage, analyse de la marche
- 2<sup>ème</sup> séance :
  - kiné classique et exercices variés et comparaison avec les exercices effectués à domicile, discussion des objectifs réalistes et réalisables en autonomie sans risque de chute
  - Anamnèse de la fréquence et du type de prise en charge (type d'ex kiné) et prise de contact (téléphonique) avec le kiné traitant

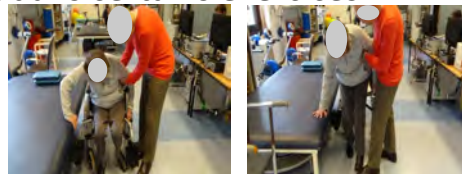
- 3<sup>ème</sup> séance :
  - sélection des exercices pertinents et prise de photos pour l'élaboration du bilan
- 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> séance :
  - poursuite des exercices et photos le temps nécessaire à atteindre tous les objectifs d'auto-rééducation possibles
- Dernière séance :
  - remise du bilan et répétition des exercices, entraînement, correction si nécessaire, ré-explication de l'utilité de l'exercice
  - + relai et discussion avec le kiné traitant si présent

## Avantages

- Photos réalistes des performances du patient, début d'exercice, fin d'exercice



- Inclusion du conjoint dans certains exercices d'auto-rééducation



- Personnalisation +++, cas par cas, aucune standardisation ni programme commun

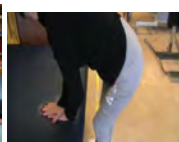
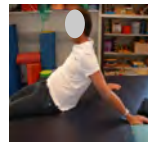
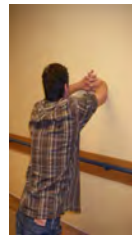
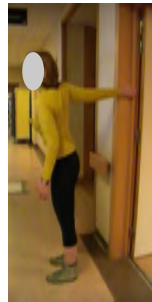
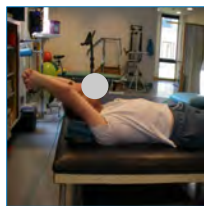




## Nos objectifs classiques dans l'auto-rééd

- Stretching
- Renforcement
- Mise en charge
- Équilibre
- Transferts
- Activation cardio-pulmonaire

## Stretching épaule



## Stretching de la main

Difficultés pour muscles intrinsèques de la main



## Stretching du mollet



## Stretching Quadriceps et Droit fémoral



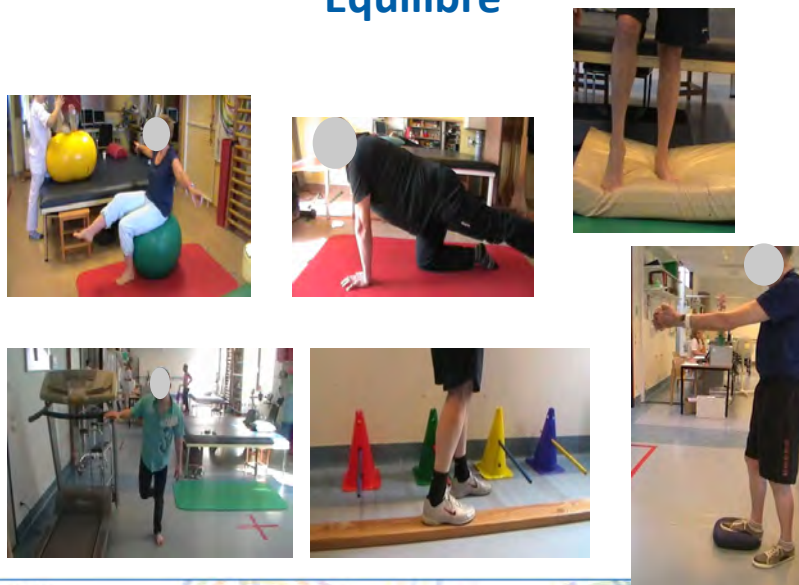
## Renforcement



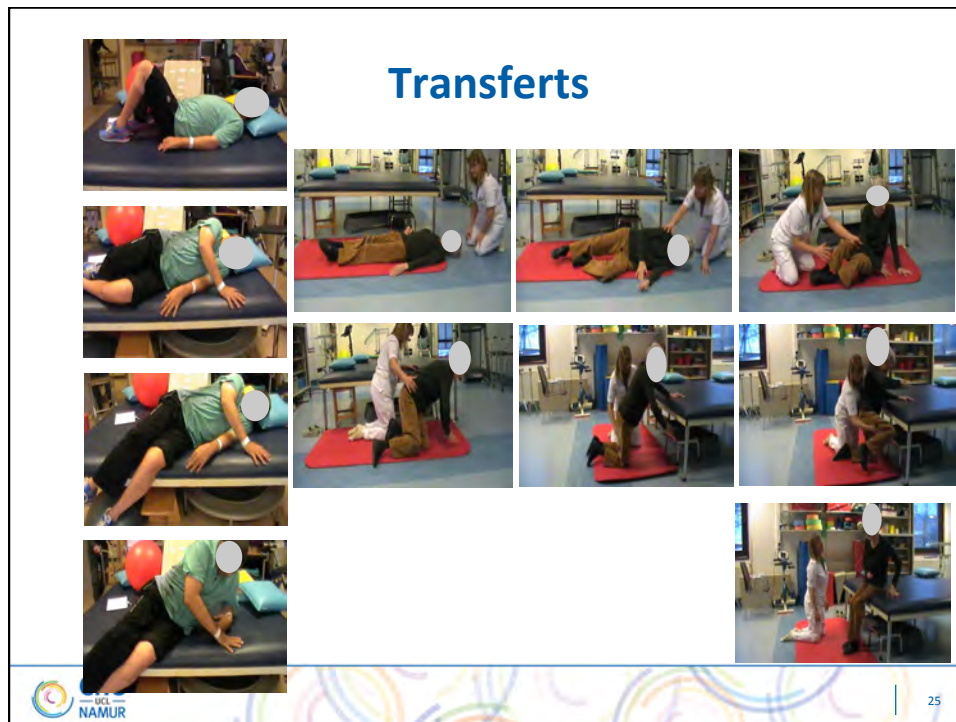
## Mise en charge



## Équilibre







## Objectifs particuliers

- Contrôle du genou en phase d'appui (claquage en recurvatum)
- Stiffknee
- Défaut de flexion de hanche pour passage du pas
- Sevrage canne, transfert vers canne à roulettes (mise en charge)
- Spasmes chez paraplégique (stretching et positionnement)

26

## Contrôle du genou en phase d'appui

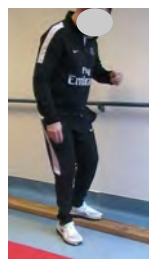
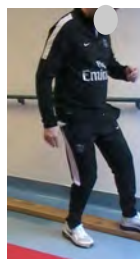
Éviter le claquage en recurvatum :

- Stretching QC et TC
- Renforcement des ischio-jambiers
- Renforcement du tibial ant



## Stiffknee

- Renforcement proximal : Ischio-jambiers et iléo-psoas
- Stretching droit fémoral



## Les inconvénients

- Feedback occasionnel concernant l'efficacité et la compliance du patient
- Vérification de la qualité d'exécution + corrections
- Relai téléphonique avec kiné traitant, peu de présence en dernière séance
- Aucun tableau de suivi à compléter par le patient
- Environnement du domicile ≠ salle kiné neuro

## D'autres façons de faire...



## 6. Schéma d'auto-rééd idéal

- Bilan pour identifier les objectifs : 10 m, 6 min, Timed Up and go, chrono (x mvts en 1 min), amplitudes (passives et/ou actives), ...
- Schéma d'exercices avec photos personnalisées
- Définir la fréquence, la durée et le nombre d'exercices (lu-me-ve : ex pairs, ma-je-sa : ex impairs)
- Éducation du patient : informer de l'utilité de chaque objectif, explication de certaines notions d'anatomie et de physiologie du mouvement
- Implication du conjoint

- Élaboration de tableaux de suivi à compléter par le patient

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
<b>DEBOUT DEVANT TRIBUNE</b>					
10 Secondes Jambes tendues					
10 Secondes Ventre en avant (genoux tendus)					
10 sec Genoux pliés contre la tablette					
Lever le pied droit 3 sec					
Lever le pied gauche 3 sec					
Isoler les pieds = écarter les pieds contre les appuis latéraux					
<b>ASSIS-DEBOUT 10x (redescendre doucement sans les mains)</b>					
<b>ASSIS SUR CHAISE HAUTE</b>					
Tendre le genou droit 10x					
Tendre le genou gauche 10x					
Lever le genou droit 10x					
<b>ASSIS DANS FAUTEUIL + 2 JAMBES SUR TRIBUNE : toucher les chaussettes 10 sec</b>					
<b>SE COUCHER SUR LE VENTRE DANS LE LIT 10 min (se tourner du dos sur le ventre par le côté droit)</b>					



- Suivi de la compliance par séances occasionnelles de contrôle (1x/mois?)
- Adapter et faire évoluer les objectifs et la difficulté des exercices
- Collaborer avec médecin rééducateur-prescripteur pour une éventuelle modification de traitement (consultation de la spasticité)
- Ré-évaluations chiffrées (bi-annuelles?) : amplitudes, chrono, podomètre...
- Travail en groupe avec population à pathologie homogène

## Conclusions

- Evaluer : tests simples
- Clarifier les objectifs
- Encourager
- Moyens (exercices)
- Ré-évaluation
- ...

## Merci à l'équipe



[mie.leeuwerck@uclouvain.be](mailto:mie.leeuwerck@uclouvain.be)