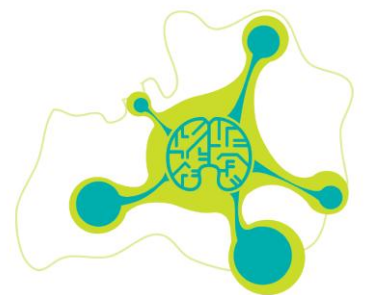


Rééducation dans la sclérose en plaques

*Guide pratique
à l'usage des
kinésithérapeutes*



SINDEFI SEP

SOMMAIRE

Introduction	P.3
<u>La sclérose en plaques :</u> <i>Modes évolutifs et principaux signes cliniques</i>	P.4
Principes de rééducation de la SEP	P.6
Bilan kinésithérapique adapté à la SEP	P.9
Conseils d'autorééducation	P.13
Autoétirements	P.15
Questions de patients	P.25
Ordonnances	P.26

Introduction

La sclérose en plaques est une affection neurologique dont les troubles nécessitent dans la plupart des cas le recours à la rééducation. Cette dernière est un élément essentiel de la prise en charge et doit être adaptée et personnalisée.

Dans le but de favoriser la coordination entre le neurologue, le MPR, le kinésithérapeute et le médecin généraliste, le réseau SINDEFI-SEP a organisé un groupe de travail qui a réuni des médecins rééducateurs spécialisés, des kinésithérapeutes hospitaliers et libéraux, des ergothérapeutes et des neurologues*.

Cette collaboration a abouti à la rédaction de recommandations consensuelles tenant compte des spécificités de la sclérose en plaques.

Nous espérons que les documents constituant ce guide (dont il existe aussi une version destinée aux patients) vous seront utiles dans la prise en charge de vos patients atteints de sclérose en plaques.

*Liste des participants : S. Bellaïche (kinésithérapeute), S. Carli (ergothérapeute), V. Cordesse (kinésithérapeute), Pr. A. Créange (neurologue), Dr. J.-P. Devailly (MPR), E. Fournier (kinésithérapeute), Dr. K. Hubeaux (MPR), Dr. S. Koçer (MPR), Dr. C.-M. Loche (MPR), Dr. I. Monteil

(MPR), Dr. S. Mrejen (neurologue), Dr Claire Meyniel (neurologue), F. Panzer (directrice administrative réseau SINDEFI), Dr. C. Saint-Val (neurologue), P. Vincenti (ergothérapeute).

La sclérose en plaques :

Modes évolutifs et principaux signes cliniques

La sclérose en plaques (SEP) est la première cause non traumatique de handicap de l'adulte jeune. Sa cause demeure inconnue mais on sait qu'il existe des facteurs de prédisposition génétique et des facteurs de risque environnementaux.

On distingue trois formes évolutives principales :

- **La forme récurrente-rémittente**, la plus fréquente, caractérisée par des poussées définies par l'apparition de troubles neurologiques durant 24 heures ou plus, récupérant avec ou sans séquelles ;
- **La forme secondairement progressive** où le handicap s'aggrave progressivement après une phase récurrente-rémittente initiale ;
- **La forme primaire progressive** où il existe dès le début de la maladie une aggravation progressive du handicap.

On considère que les poussées sont liées à une démyélinisation focale ralentissant l'influx nerveux et que la phase progressive est liée à l'atteinte axonale.

Il ne faut pas confondre les poussées avec le **phénomène d'Uhthoff**. Ce dernier correspond à l'aggravation passagère des signes de la maladie en rapport avec une élévation de la température corporelle (fièvre, exercice physique intense, bain chaud, température ambiante élevée).

Habituellement le handicap de la SEP est coté à l'aide d'une échelle dénommée **EDSS** (expanded disability status scale) s'étendant de 0 (examen neurologique normal) à 10 (décès lié à la SEP). L'EDSS 4.0 correspond à un périmètre de marche limité à 500 mètres ; l'EDSS 6.0 correspond à la nécessité de recourir à une canne pour parcourir 100 mètres ; l'EDSS 6.5 correspond à la nécessité de recourir à deux cannes pour parcourir 20 mètres ; l'EDSS 7.5 correspond à la restriction au fauteuil roulant, le patient étant incapable de faire quelques pas.

Les principaux signes de la maladie sont :

- Les **troubles sensitifs** subjectifs ou objectifs, à type paresthésies, de striction, de brûlures, d'hypoesthésie, de diminution de la sensibilité vibratoire, de marche talonante (ataxie proprioceptive) ;
- Les **déficits moteurs** centraux, à type de paraparésie notamment ; ils sont souvent majorés par l'effort (**fatigabilité**) ;
- Les **troubles visuels**, au premier rang desquels vient la **névrite optique rétro bulbaire**, caractérisée par une baisse rapide de l'acuité visuelle d'un œil accompagnée de douleurs à la

mobilisation oculaire avec fond d'œil normal ; l'**oscillopsie**, caractérisée par l'impression d'oscillation de l'environnement, liée à un nystagmus (secousses oculaires), est également décrite ; La **diplopie** ou vision double est liée à une paralysie oculomotrice ; elle disparaît à l'occlusion d'un œil ;

- Le syndrome **cérébelleux** statique (élargissement du polygone de sustentation, danse des tendons) ou cinétique (perturbation de la manœuvre doigt-nez ou talon-genou) ;
- Le syndrome **vestibulaire** à l'origine de vertiges, d'une ataxie ;
- Les troubles de la **marche** et de l'équilibre en rapport avec l'atteinte du faisceau pyramidal, un syndrome cérébelleux ou vestibulaire, une atteinte proprioceptive ;
- La spasticité ou hypertonie élastique, pouvant être diffuse ou focale ;
- La **fatigue**, qui touche la quasi-totalité des patients à un moment ou un autre de leur maladie, pendant les poussées ou entre celles-ci, et peut être très invalidante ;
- Les troubles **cognitifs**, qui sont fréquents et précoces, rarement sévères ; il s'agit de troubles de l'attention et de la concentration, de troubles de la mémoire, d'une diminution de la vitesse de traitement de l'information ;
- Les **douleurs** neurogènes, parfois à type de névralgie du trijumeau ou de signe de Lhermitte (décharges électriques parcourant le rachis et les membres à l'anté-flexion du cou) ;
- Les troubles **vésico-sphinctériens**, à type de mictions impérieuses pouvant être accompagnées de fuites, de dysurie (difficulté à uriner) ;
- Les troubles du **transit** et ano-sphinctériens, à type de constipation, de dyschésie rectale (difficulté à vider l'ampoule rectale) ;
- Les troubles **sexuels**, à type d'impuissance chez l'homme, de diminution de la libido, de sécheresse vaginale chez la femme ;
- La **dysarthrie** ; Les troubles de la **déglutition** ;
- Les troubles **psychiatriques**, le plus souvent à type de dépression et d'anxiété.

La prise en charge en rééducation des patients SEP peut être perturbée par certains symptômes de la maladie comme la fatigue, les troubles cognitifs ou le phénomène d'Uhthoff. Cependant l'exercice physique et la kinésithérapie sont très bénéfiques aux patients SEP même si l'effet n'a pas le caractère spectaculaire d'une rééducation post-traumatique. Sa réalisation régulière au long cours en association à l'autoéducation permet non seulement de préserver les fonctions mais aussi de les optimiser dans un certain nombre de cas. C'est pourquoi il importe d'encourager le patient à réaliser des exercices d'autoéducation réguliers. Un guide d'autoéducation est fourni au patient. Les exercices seront guidés par vos indications en particulier les mouvements alternatifs rapides ciblés, les autoétirements spécifiques et les postures adaptées.

Le réseau Sindefi reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Principes de rééducation de la SEP

Dr Isabelle MONTEIL. MPR, Clinique Médicale de la Porte Verte, Versailles.

La Sclérose En Plaques (SEP) est une maladie neurologique évolutive, dégénérative. Les symptômes cliniques sont multiples et souvent associés : déficit moteur, syndrome cérébelleux, baisse d'acuité visuelle, spasticité, troubles sensitifs, etc. La rééducation kinésithérapique doit reposer sur des principes clairement précisés, surtout en exercice de type libéral.

LA FATIGUE est le symptôme le plus banal et le plus difficile à prendre en charge. Elle est quasi constante dans la SEP. Précoce, présente dès le début de la maladie elle n'est pas corrélée aux niveaux de handicap. La gestion de la fatigue ne concerne pas uniquement les capacités physiques, la fatigue intellectuelle justifie aussi des prises en charges spécifiques. En pratique il importe d'alterner des temps de travail actif (rééducation de l'équilibre, sollicitations motrices...) et passif (pauses à visée de récupération, mobilisations passives, étirements des chaînes spastiques...) ce qui permet de refaire un travail avec le patient à la fin de la séance. L'ordonnance doit donc préciser ce type de travail. Le kinésithérapeute doit vérifier la survenue de la fatigue qui n'est pas toujours ressentie par le patient en imposant des pauses devant la majoration d'un symptôme, la dégradation de la marche... Les symptômes de pré épuisement sont importants à identifier chez les patients car une fois reconnus ils sont le signal d'arrêt de l'activité, le temps de privilégier une pause pour faciliter une récupération rapide et permettre la reprise de l'activité. Ces signes physiques sont très variables d'un patient à l'autre mais souvent reproductibles chez le même patient (boiterie, dysesthésies, etc.).

LA SPASTICITE est fréquente et justifie des étirements adaptés pour éviter les déformations orthopédiques. Les mobilisations passives ou les étirements des chaînes spastiques doivent apparaître sur toutes les ordonnances de patients souffrant de ce symptôme. Parfois il peut même s'agir de la seule prescription utile. Il est indispensable de préciser les muscles à étirer ou les ensembles de muscles (hémicorps, membres inférieurs, extenseurs de membre inférieur...). L'apprentissage des auto-étirements est indispensable quand l'état neurologique du patient le permet.

LES TROUBLES DE L'EQUILIBRE sont fréquents et justifient systématiquement, en plus de la prise en charge spécifique (sollicitations des réactions parachutes, travail de l'équilibre assis, debout...), une rééducation proprioceptive adaptée au niveau neurologique du patient.

LA REEDUCATION DE LA DEAMBULATION OU DE LA MARCHÉ doit privilégier la sécurité, reposer sur le choix d'aides techniques adaptées. La prévention des chutes débute souvent par l'apprentissage du relever du sol. Le contrôle d'un recurvatum permet souvent la sédation des gonalgies. L'utilisation précoce d'un fauteuil roulant manuel doit être encouragée pour limiter la fatigue et permettre au patient d'avoir des activités ludiques, professionnelles ou sociales en supprimant l'épuisement lié à un périmètre de marche supérieur à ses capacités.

LA REEDUCATION DE L'AUTONOMIE repose sur la réalisation sécuritaire des transferts et justifie souvent un travail spécifique à ce niveau.

LE RENFORCEMENT MUSCULAIRE a été longtemps proscrit dans la SEP en raison des possibles effets délétères sur les troubles du tonus (spasticité). Depuis la conférence de consensus de 2001 son intérêt est établi. Son bénéfice est désormais établi tant du point de vue de la gestion de la fatigue que sur l'amélioration de la thymie. Cependant certaines règles s'imposent et il n'est pas question d'appliquer certaines techniques sans réflexion.

La spasticité est un symptôme fréquent dans la SEP (selon les études jusqu'à 60% des patients) et il est indispensable d'en tenir compte. Elle est le plus souvent sensible au froid (CRYOTHERAPIE) et lorsque c'est le cas il est fréquent dans les centres spécialisés de faire précéder les séances de kinésithérapie de bains en eau froide (de 12 à 18°) ou d'enveloppements permettant de « glacer » préférentiellement des segments de membres. L'effet de cette technique ne dure que 2 à 3 heures et elle ne peut donc être utilisée comme traitement. Ciblée avant les séances de rééducation elle permet de travailler avec des patients moins « raides » et contrôlant mieux le relâchement musculaire. Il est parfois utile en kinésithérapie libérale de conseiller au patient de prendre une douche ou un bain froid avant de venir en séance voire d'ingérer un verre de glace pilée quelques minutes avant la réalisation de la séance de rééducation.

TOUT TRAVAIL CONTRE POULIETHERAPIE EST INTERDIT. Ce type de renforcement musculaire majore la spasticité, renforce les schémas en extension ou en flexion selon les membres, ne permet aucun travail analytique et encore moins les exercices de contrôle postural.

L'ELECTROTHERAPIE ou ELECTROSTIMULATION à visée de renforcement musculaire n'ont aucun intérêt et peuvent même s'avérer dangereuses en rassurant faussement le patient sur son volume musculaire. Les indications de ces techniques restent exceptionnelles et ne doivent alors être réalisées que sur prescription médicale spécialisée.

LE TRAVAIL DE RENFORCEMENT MUSCULAIRE doit reposer d'une part sur des techniques manuelles avec des résistances manuelles et d'autres part dans des courses musculaires fonctionnelles. Il ne s'agit pas de faire systématiquement du travail en concentrique mais plutôt d'optimiser des couples agonistes / antagonistes en privilégiant l'utilisation quotidienne. Plusieurs groupes musculaires sont fréquemment sollicités :

→ **Les stabilisateurs du bassin** : pas d'intérêt à travailler en décubitus latéral les moyens fessiers. Privilégier le travail debout avec ou sans appui (espaliers par exemple) en bipodal puis en unipodal selon le niveau, travailler les ponts fessiers en décubitus dorsal, insister sur les séquences de redressement qui permettent un travail global et analytique avec corrections du thérapeute.

→ **Les ischio-jambiers** : doivent être travaillés en excentrique +++ et en extension de hanche car leur rôle dans le contrôle d'un éventuel recurvatum et dans la qualité de la marche est essentiel. Trop souvent les patients ne savent plus solliciter les fléchisseurs de genou en raison d'une spasticité importante sur les quadriceps et triceps suraux. Il importe alors de commencer par du travail en décubitus ventral puis en station assise. L'utilisation d'un skate-board en station assise, de chaises sur roulettes, les sollicitations contre résistance manuelle, les déstabilisations...doivent être encouragées. Ce travail est fait en parallèle avec celui des extenseurs de genou, souvent dans un contexte de troubles sensitifs profonds ce qui permet une multitude d'exercices en privilégiant alors le travail en charge.

→ **Les releveurs et éverseurs du pied** : à travailler en actif ou actif aidé et contre résistance manuelle pure après étirements des triceps suraux, jambiers postérieurs. Souvent déficitaires il faut toujours commencer le travail en position de facilitation à adapter ensuite selon l'évolution.

→ **Les muscles du tronc** : souvent faibles à ne pas négliger avec des techniques habituelles. Sollicités dans le travail de séquences de redressement (passage couché assis par exemple) et dans les exercices de correction posturale.

→ **Les muscles des membres supérieurs** sont à renforcer surtout chez les patients en fauteuil roulant manuel ou électrique pour maintenir ou faciliter l'autonomie : transferts+++. Ce travail s'inscrit dans la prévention des épaules douloureuses (renforcement des abaisseurs d'épaule, des fixateurs d'omoplate principalement).

L'ensemble de la prise en charge peut être facilité par l'utilisation de la cryothérapie pré rééducation : douche froide quelques minutes avant la séance ou ingestion d'un verre de glace pilée. Outre la rééducation effectuée par le kinésithérapeute il faut insister sur les techniques d'autorééducation enseignées par le kinésithérapeute, qui comportent les étirements et postures (étirements maintenus dans le temps, c'est-à-dire pendant 10 à 20 minutes pour chaque groupe musculaire concerné) ainsi que les mouvements alternatifs rapides. Ces techniques font l'objet d'autres documents de ce guide.

Bilan kinésithérapique adapté à la SEP

Date : _____

Nom du patient : _____

Prénom : _____

Age : _____

Début de la sclérose en plaques : _____

Forme de la maladie : RR (récurrente-rémittente)
 SP (secondairement progressive)
 PP (primaire progressive)

Attentes du patient :

Symptômes et signes :

1) Douleurs : OUI NON

Traitement : _____

2) Déficit moteur : OUI NON

- Hémiparésie : OUI NON ; Droite Gauche

- Paraparésie : OUI NON

- Monoparésie :

- Supérieure OUI NON ; Droite Gauche

- Inférieure OUI NON ; Droite Gauche

- Tétraparésie : OUI NON

3) Déficit sensitif : OUI NON

- Superficiel : OUI NON

Topographie : _____

- Profond : OUI NON

Avec gêne à la marche

Avec gêne aux transferts

Responsable de chutes

4) Spasticité :

Absente

Utile

Non gênante

Gênante : déambulation, transferts

Invalidante

5) Bilan orthopédique : _____

6) Syndrome cérébelleux :

Absent

Hypotonie gênante fonctionnellement

Ataxie

Tremblements invalidants

7) Atteintes sensorielles :

Vision

Surdité

Paralysie oculomotrice (diplopie)

Vertiges

8) Bilan cognitif :

- Normal
- Troubles de mémoire
- Diminution des capacités d'apprentissage
- Dégradation sévère

9) Troubles de l'humeur : OUI NON

10) Troubles sphinctériens : OUI NON

Type : _____

11) Fatigue :

- Gérée : OUI NON
- Apprentissage possible
- Déconditionnement majeur à l'effort.

12) Autonomie :

Activité de la vie quotidienne : _____

- Autonomie totale
- Aide partielle
- Aide totale
- Déambulation :
 - Sans aide
 - Aide technique : _____
 - Fauteuil roulant
- Transferts :
 - Seul
 - Aide partielle
 - Aide totale

Objectifs du kinésithérapeute :

Programme de soins (en conformité avec l'ordonnance) :

Conseils d'autorééducation

L'autorééducation est le prolongement de la rééducation effectuée avec le kinésithérapeute et permet d'améliorer encore la condition physique du patient.

Objectifs :

- Lutter contre la fatigue liée au déconditionnement à l'effort
- Entretien musculaire et/ou renforcement
- Lutter contre la spasticité
- Eviter le raccourcissement musculaire

Exercices :

On conseillera un programme quotidien comportant, au niveau des membres supérieurs, du tronc et/ou des membres inférieurs selon l'atteinte clinique du patient et l'objectif à atteindre :

- Des postures d'étirement submaximal de 10 à 20 minutes pour chacun des principaux groupes musculaires sièges d'hypertonie spastique. Ces séances de postures sont à intégrer aux activités de la vie quotidienne afin qu'elles ne soient pas consommatrices de temps ni d'énergie.
- En alternance avec des séances d'une minute de mouvements alternatifs à vitesse maximale sur toute l'amplitude du mouvement actif pour chaque articulation concernée.

Pour le membre supérieur :

- Etirements du grand pectoral, fléchisseurs du coude, fléchisseurs du poignet et des doigts.
- Posture du bras, tendu sur le côté à hauteur de l'épaule, main ouverte, paume tournée vers le ciel.
- Mouvements de flexion d'épaule : tendre le bras en avant vers une cible au mur, ramener le bras le long du corps et recommencer pendant une minute.
- Mouvements d'abduction d'épaule : écarter le bras tendu vers une cible au mur, ramener le bras le long du corps et recommencer pendant une minute.
- Avant-bras posé sur une table main à plat, faire des frappes sur la table sans plier les doigts pendant une minute.

Pour le tronc :

- Travail des muscles spinaux pour maintenir une bonne statique rachidienne aussi bien en position debout qu'en position assise :
- Lever les 2 bras écartés à l'horizontale en tenant un poids identique des 2 côtés (ex : une petite bouteille d'eau de 500 ml ou de petits haltères). Redescendre les bras le long du corps et recommencer pendant une minute.
- Faire des exercices d'auto-agrandissement (la tête « poussant » le plafond), puis relâcher le dos et recommencer pendant une minute.

Pour le membre inférieur :

- Etirements et postures du grand fessier : plier le genou, ramené sur la poitrine en position assise ou couché sur le dos pendant 15 à 20 minutes.

- Etirements et postures des ischio-jambiers : en position assise, jambe allongée sur le plan du lit ou sur un tabouret, se pencher en avant sur la jambe tendue.
- Etirements et postures du droit antérieur : plier le genou et ramener le pied vers la fesse, la hanche en extension.
- Etirements et postures du soléaire : ramener la pointe du pied vers le haut en maintenant le talon au contact du sol.
- Mouvements alternatifs rapides conseillés
- Flexions de hanche : en position assise, le genou restant plié, monter la cuisse vers le haut, reposer et recommencer pendant une minute
- Extensions de genou : tendre le genou à l'horizontale, compter jusqu'à 6, replier le genou, attendre 6 secondes et recommencer, pendant une minute
- Talon au sol, relever le bout du pied vers le haut et reposer comme pour battre la mesure, recommencer pendant une minute.

Autoétirements

CONSEILS AUX PATIENTS

I : N'étirez jamais un muscle à froid

II : Les étirements doivent toujours être indolores (sensation de tiraillement, d'étirement)

III : L'étirement doit être progressif sans à-coup, respectez les trois temps de l'étirement (mise en tension très progressive, maintien de la tension et relâchement très progressif)

IV : Pensez à étirer à la suite des muscles ayant une action opposée : muscles antérieurs de la cuisse (quadriceps) et muscles postérieurs (ischio-jambiers)

V : Expirez lors de la mise en tension d'une manière lente et progressive (inspirez par le nez et expirez par la bouche)

VI : Hydratez-vous régulièrement pendant votre journée

VII : Etirez les groupes musculaires de manière symétrique (côté droit et côté gauche)

VIII : Les étirements doivent être réalisés 3 fois par semaine et chaque étirement est réalisé 3 fois de suite.

EXEMPLES

Les étirements sont indicatifs et c'est votre kinésithérapeute qui vous indiquera les étirements à réaliser.

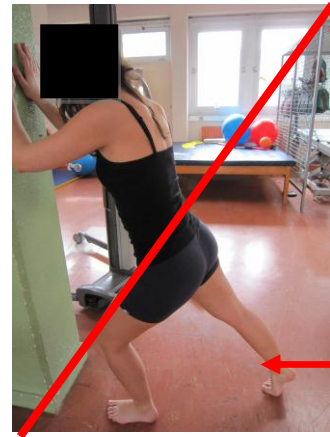
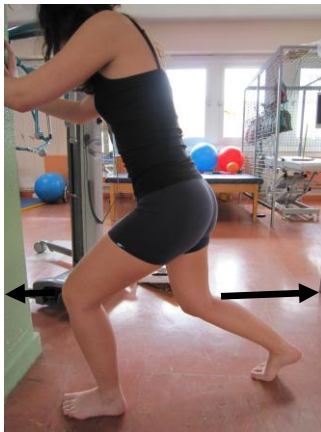
Etirement du triceps sural (mollet) :

Debout devant un mur en fente avant

- *Position de départ* : les deux genoux sont légèrement fléchis, les mains sont en appui sur le mur. (fig. 1)

- *Position d'arrivée* : le genou de devant est fléchi, celui de derrière est tendu, le talon doit toucher le sol, le dos reste droit et dans le prolongement de la jambe arrière. Comptez lentement jusqu'à 30 puis ramenez votre pied au même niveau que l'autre. Répéter l'exercice en essayant à chaque fois de placer le pied un peu plus en arrière. (fig. 2)

/!\ *Attention*: le talon ne doit pas décoller du sol (fig. 3)



Debout devant une marche d'escaliers

- *Position de départ* : les mains sont en appui de part et d'autre des rampes de l'escalier, les orteils sont en appui sur la marche d'escaliers, les talons sont dans le vide, les genoux sont tendus. (fig. 1)

- *Position d'arrivée* : les orteils sont en appui sur la marche d'escaliers, les talons descendent vers le bas, genoux tendus. Comptez lentement jusqu'à 30 puis revenez à la position de départ. Répétez l'exercice en essayant de descendre les talons un peu plus bas. (fig. 2)

/!\ *Attention* : les genoux ne doivent pas être fléchis, les fesses doivent être à l'aplomb des talons (pas de fesses en arrière) (fig. 3)

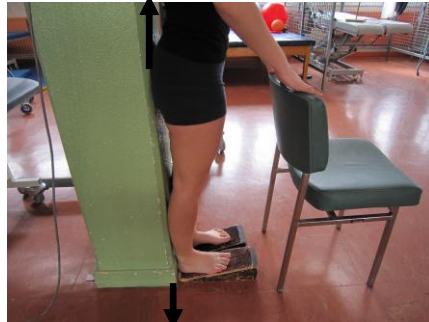


Debout dos au mur

Position de départ : les 2 pieds sont posés sur des cales (la partie la plus basse contre le mur), les talons et les fesses en appui sur le mur, les mains en appui sur une chaise devant. (fig. 1)

Position d'arrivée : les talons sont enfoncés dans les cales, les genoux sont tendus, le buste redressé. Comptez lentement jusqu'à 30 puis revenez à la position de départ. (fig. 2)

/!\ *Attention* : les genoux ne doivent pas être fléchis, les fesses sont en appui contre le mur.



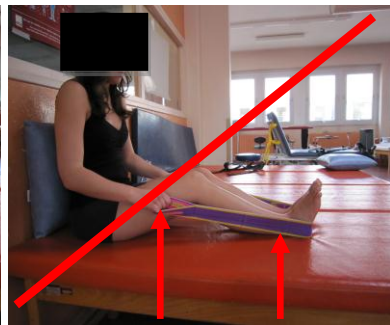
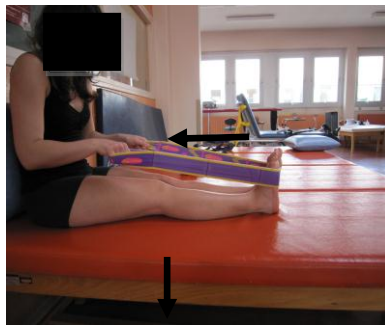
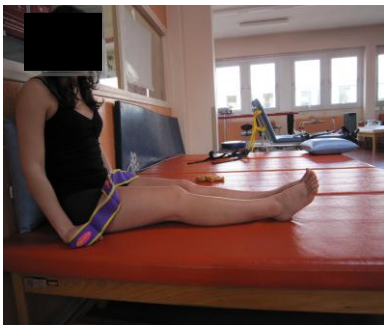
Etirements des triceps et des ischio-jambiers (muscles derrière la cuisse) :

Allongé sur un lit assis à 90 ° contre un mur

- *Position de départ* : les jambes sont tendues devant soi, les genoux sont tendus. (fig. 1)

- *Position d'arrivée* : à l'aide d'un drap (serviette, ceinture, etc.) positionné au niveau des avant-pieds, ramener les pieds vers soi, les genoux tendus (enfoncés dans le lit), buste redressé. Comptez lentement jusqu'à 30 puis revenez à la position de départ. Répéter l'exercice. (fig. 2)

/!\ *Attention* : le drap ne doit pas être positionné au niveau des talons, les genoux ne doivent pas être fléchis, le buste ne doit pas être enroulé. (fig. 3)



Etirement du quadriceps (devant la cuisse) :

Debout en appui sur un mur

- *Position de départ* : en se tenant au mur, en appui sur une jambe, l'autre jambe fléchie est maintenue par la main du même côté, le genou est à la verticale. (fig. 1)

- *Position d'arrivée* : amener le talon à la fesse à l'aide de sa main, buste redressé. Comptez lentement jusqu'à 30 puis revenez à la position de départ. Répéter l'exercice en essayant d'amener son talon à la fesse. (fig. 2)

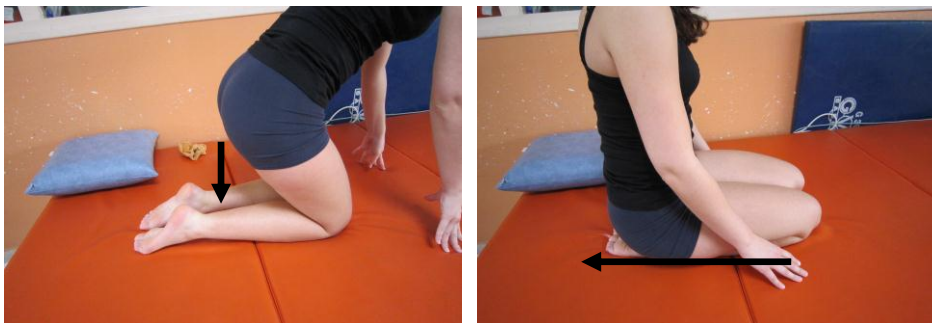
/!\ *Attention* : le talon doit toucher la fesse mais le genou ne doit pas être horizontal, bassin bien de face. (fig. 3)



Assis sur un lit

- *Position de départ* : se mettre à 4 pattes, genoux serrés. (fig. 1)

- *Position d'arrivée* : s'asseoir sur les talons et si possible emmener les mains, le buste vers l'arrière. Comptez lentement jusqu'à 30 puis revenez à la position de départ. Répéter l'exercice. (fig. 2)



Étirement des muscles du dos :

Assis sur un lit

- *Position de départ* : assis les fesses sur les talons. (fig. 1)
 - *Position d'arrivée* : assis sur les talons, emmener les bras vers l'avant, en les faisant glisser sur le lit. Comptez lentement jusqu'à 30 puis revenez à la position de départ. Répéter l'exercice. (fig. 2)
- Attention* : les fesses ne doivent pas être en l'air.



Étirement des adducteurs (entre les cuisses) :

Assis contre un mur en tailleur

- *Position de départ* : assis en tailleur, pied contre pied, le dos calé contre un mur, mains autour des chevilles. (fig. 1)
 - *Position d'arrivée* : descendre les genoux vers le lit en appuyant avec ses coudes sur les genoux, buste redressé. Compter lentement jusqu'à 30 et revenez à la position de départ. Recommencer l'exercice en ramenant les talons vers vous. (fig. 2)
- Attention* : le buste ne doit pas être enroulé. (fig. 3)



Etirement des adducteurs, ischio-jambiers et grand dorsal :

Assis contre un mur jambes écartées

- *Position de départ* : une jambe fléchie, une jambe tendue et écartée, le buste redressé. (fig. 1)
- *Position d'arrivée* : attraper son pied avec sa main du même côté et l'amener vers soi ; enfoncer son genou dans le lit, essayer de toucher son pied avec le bras opposé à la jambe tendue, vous devez regarder devant vous. Compter lentement jusqu'à 30 et revenez à la position de départ. Répéter l'exercice. (fig. 2)

/!\ *Attention* : le genou ne doit pas être fléchi, le pied ne doit pas être attiré vers le bas, le buste ne doit pas être redressé. (fig. 3)



Etirement des pelvitrochantériens (sur le côté de la cuisse) :

Assis contre un mur jambe croisée

- *Position de départ* : une jambe croisée devant l'autre tendue (le pied le plus rapproché possible de la fesse, main sur genou opposé, buste redressé. (fig. 1)
- *Position d'arrivée* : emmener le genou avec la main vers l'épaule opposée. Compter lentement jusqu'à 30 et revenez à la position de départ. Répéter l'exercice en essayant de rapprocher progressivement le pied vers le haut de la jambe.(fig. 2)



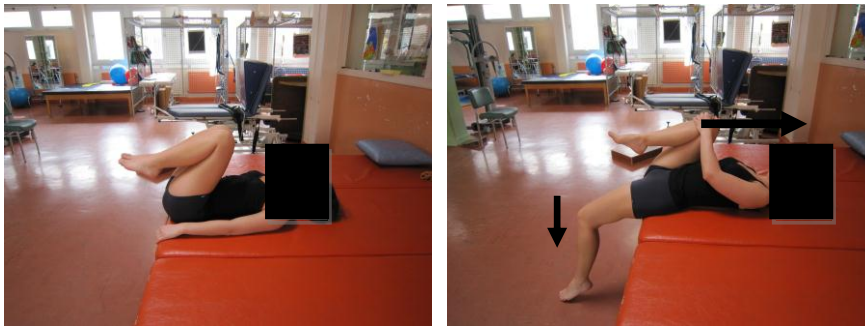
Etirement du psoas (muscle dans l'aîne) :

Allongé au bord d'un lit

- *Position de départ* : allongé les fesses au bord du lit, les genoux contre la poitrine. (fig. 1)

- *Position d'arrivée* : une jambe fléchie, genou contre la poitrine, l'autre jambe dans le vide genou semi-fléchi. En soufflant ramenez la jambe fléchie contre la poitrine. Compter lentement jusqu'à 30 et revenez à la position de départ. Répéter l'exercice. (fig. 2)

/!\ *Attention* : il ne faut pas creuser, cambrer son dos.



Etirement du deltoïde postérieur (muscle derrière l'épaule) :

Assis à 90° au bord du lit, sur une chaise

Position de départ : main sur épaule opposée, l'autre main maintient le coude à l'horizontale, tête redressée. (fig. 1,3)

Position d'arrivée : emmener le coude vers l'épaule opposée. Comptez lentement jusqu'à 30 puis revenez à la position de départ. Répéter l'exercice. (figs. 2,4)

Attention : la tête ne doit pas être penchée en avant, le coude ne doit pas être descendu en dessous de l'horizontal.



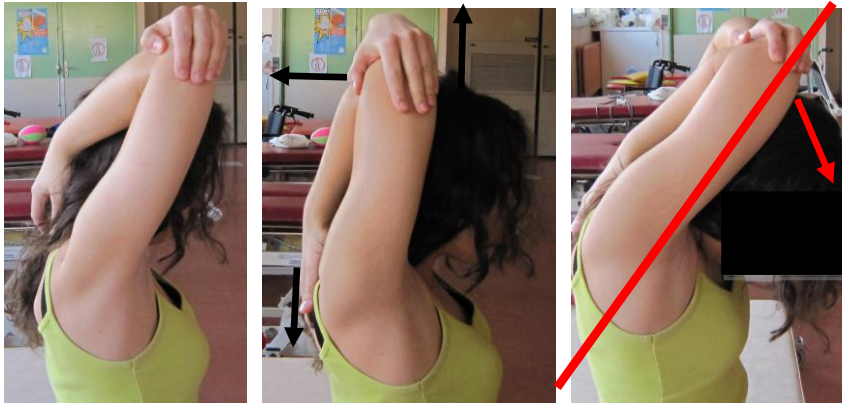
Etirement du triceps brachial (muscle derrière le bras) :

Assis à 90° au bord du lit, sur une chaise

- *Position de départ* : main entre les omoplates, coude fléchi derrière la tête, l'autre main est sur le coude opposé, tête redressée. (fig. 1)

- *Position d'arrivée* : emmener le coude vers le milieu de la tête, descendre la main le plus loin possible dans le dos. Le regard est horizontal. Comptez lentement jusqu'à 30 puis revenez à la position de départ. Répéter l'exercice. (fig. 2)

/!\ *Attention* : la tête ne doit pas être penchée en avant. (fig. 3)



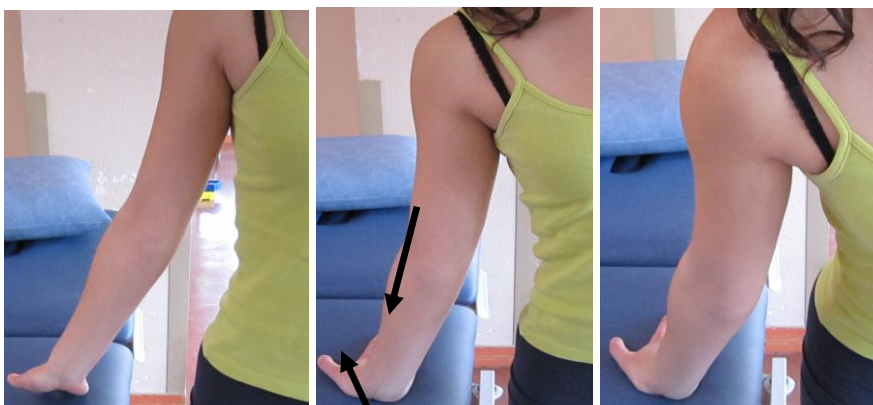
Etirement du biceps brachial (muscle devant le bras) :

Debout, main posée sur une table, corps en avant de la main

- *Position de départ* : main posée (les doigts vers l'arrière), coude fléchi, buste redressé. (fig. 1,2)

- *Position d'arrivée* : coude tendu, le corps bien avancé vers l'avant. Comptez lentement jusqu'à 30 puis revenez à la position de départ. Répéter l'exercice. (fig. 3)

/!\ *Attention* : l'épaule ne doit pas être élevée, le buste ne doit pas être enroulé.



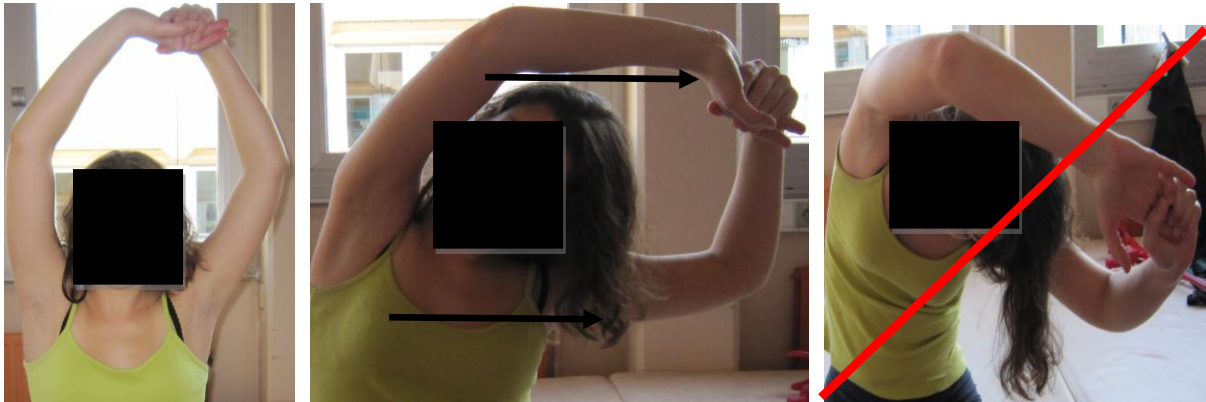
Etirement du grand dorsal (muscle sur le coté du dos, flanc) :

Assis à 90° au bord d'un lit, sur une chaise

- *Position de départ* : buste redressé, bras en l'air. (fig. 1)

- *Position d'arrivée* : incliner le buste dans le sens opposé au bras levé, regard à l'horizontale. Comptez lentement jusqu'à 30 puis revenez à la position de départ. Répéter l'exercice. (fig. 2)

/!\ *Attention* : le buste et la tête ne doivent pas être enroulés, penchés vers l'avant. (fig. 3)



Etirement de toute la chaîne antérieure :

Debout le bras sur un mur

Position de départ : main posée sur le mur, coude tendu, buste redressé et regard à l'horizontale. (fig. 1)

Position d'arrivée : avancer le corps en avant de la main, tourner le buste, la tête vers l'épaule opposée. Comptez lentement jusqu'à 30 puis revenez à la position de départ. Répéter l'exercice. (fig. 2)

Attention : le buste ne doit pas rester droit, l'épaule ne doit pas être élevée. (fig. 3)



Etirement du trapèze supérieur (muscle sur le côté du cou) :

Assis au bord du lit, d'une chaise

- *Position de départ* : main posée sur la côté opposé de la tête, l'autre bras est dans le vide. (fig. 1)
- *Position d'arrivée* : emmener la tête, l'oreille vers l'épaule, descendre l'autre bras vers le sol, regard à l'horizontale. Comptez lentement jusqu'à 30 puis revenez à la position de départ. Répéter l'exercice. (fig. 2)

/!\ *Attention* : l'épaule ne doit pas être élevée, la tête ne doit pas être penchée vers l'avant. (fig. 3)



Etirement des grands pectoraux (muscles devant l'épaule, au niveau de l'aisselle) :

Assis au bord du lit, d'une chaise

Position de départ : les 2 mains sont jointes derrière la tête, coudes écartés, buste redressé et regard à l'horizontale. (fig. 1)

Position d'arrivée : emmener les coudes vers l'arrière. Comptez lentement jusqu'à 30 puis revenez à la position de départ. Répéter l'exercice. (fig. 2)

/!\ *Attention* : ne pas pencher la tête vers le bas. (fig. 3)



Travail actif

Marche, relever du sol, passage assis-debout.

Conseil d'hygiène de vie : Il est important de maintenir une activité d'endurance afin de conserver ses capacités. Le suivi de votre fatigue vous permettra d'adapter au mieux et d'optimiser vos capacités.

Il n'est pas question obligatoirement de diminuer vos activités mais de faire différemment en incorporant des temps de pause afin d'optimiser la qualité de vos activités et le plaisir que vous y prenez (diminution fatigue).

Questions de patients

Puis-je faire de l'autorééducation si je suis fatigué(e) ?

Il convient d'apprendre à détecter les signes de cette fatigabilité afin d'arrêter l'exercice à temps et de le reprendre après une période de pause. La fatigue survient volontiers à des moments particuliers de la journée que l'on choisira pour se reposer, profitant des périodes sans fatigue pour faire les exercices. D'une manière générale l'exercice physique contribue à réduire la fatigue.

J'ai de la spasticité, l'autorééducation peut-elle m'aider ?

La spasticité peut être gênante dans la vie quotidienne et entraîner à plus long terme des rétractions musculaires ou tendineuses, et des déformations articulaires. Les exercices d'autorééducation avec étirements ont pour but de diminuer cette spasticité lorsqu'elle est gênante. Les muscles touchés par la spasticité ne sont pas les mêmes pour tous, et votre kinésithérapeute vous indiquera quels types d'étirements sont utiles dans votre cas.

Il faut bien avoir à l'esprit qu'il y a en général une spasticité de certains muscles et un déficit moteur de leurs antagonistes. Il faut donc certes lutter contre la spasticité mais aussi faire travailler les muscles déficitaires, généralement antagonistes des muscles spastiques, par des exercices appropriés (mouvements alternatifs rapides notamment).

J'ai une poussée, dois je continuer mes exercices d'autorééducation ?

Lors d'une poussée de sclérose en plaques, le repos est un élément important du traitement. Suspendre les exercices jusqu'à l'amélioration de l'état de fatigue et des signes de la poussée peut aider.

J'ai réapparition de mes signes quand il fait chaud, est-ce que je peux faire mes exercices ?

Des signes déjà connus réapparaissant pendant quelques heures lors de fortes chaleurs ne sont pas une poussée. Un bain froid, une douche froide ou l'ingestion d'un verre de glace pilée peuvent aider à une régression plus rapide de ces signes. Il est conseillé de repousser les étirements de quelques heures après leur disparition.

J'ai des douleurs musculaires lors des exercices, est-ce que je dois continuer mes étirements ?

Les douleurs ne sont pas normales lors des autoétirements. Ceux-ci doivent être strictement indolores, progressifs et sans à-coup (mise en tension très progressive, maintien de la tension et relâchement très progressif). En cas de douleur persistante, il est souhaitable de suspendre les exercices et d'en parler à votre kinésithérapeute lors de la prochaine séance.

Est-ce que je dois faire deux fois plus d'étirements si j'ai sauté une séance ?

La réalisation régulière au long cours de l'autorééducation permet non seulement de préserver les fonctions mais aussi de les optimiser. C'est pourquoi il importe de réaliser des exercices d'auto-rééducation de façon régulière. Augmenter le nombre de mouvements la séance qui suit une séance oubliée n'améliore pas son efficacité.

Est-ce que je ne peux faire qu'un seul côté pour gagner du temps ?

Non, les étirements doivent toujours être réalisés de façon symétrique (côté droit et côté gauche).

ORDONNANCES

Rééducation SEP forme paraparétique spastique	P.26
Rééducation SEP manifestation ataxo-cérébelleuses	P.27
Rééducation SEP en fauteuil	P.28
Rééducation SEP forme hémiparétique	P.29
Rééducation SEP forme tétraparétique	P.30
Rééducation SEP vierge	P.31

Cachet du Médecin Prescripteur

Le 23/05/2012

Mr/Mme
Prénom et NOM du patient

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

Patient paraparétique spastique avec genou(x) imparfaitement contrôlés

EN URGENCE

AU CABINET

A DOMICILE

 SEANCES DE KINESITHERAPIE PAR SEMAINE

TOTAL : SEANCES

POUR : LE(S) MEMBRE(S) INFERIEUR(S)

DROIT

GAUCHE

LA CEINTURE PELVIENNE

- Mobilisation active et passive des 4 membres
- Respecter la fatigabilité
- Manipulations douces en deçà de l'apparition du seuil de douleur

INSISTER SUR :

- L'alternance de travail actif puis passif à visée de gestion de la fatigue
- Les sollicitations motrices des fléchisseurs de hanche et des releveurs du pied et en excentrique et en concentrique des ischio-jambiers. Pas de pouliothérapie
- Les étirements des muscles spastiques (droits antérieurs, triceps suraux et fessiers)
- Le travail en équilibre debout avec contrôle postural
- Puis travail de la marche en insistant sur le contrôle du recurvatum

Signature manuscrite du prescripteur

Cachet du Médecin Prescripteur

Le 23/05/2012

Mr/Mme
Prénom et NOM du patient

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

Manifestations ataxo-cérébelleuses. Marche conservée.

EN URGENCE

AU CABIINET

A DOMICILE

SEANCES DE KINESITHERAPIE PAR SEMAINE

TOTAL : SEANCES

POUR : LE(S) MEMBRE(S) INFERIEUR(S)

DROIT

GAUCHE

LE(S) MEMBRE(S) SUPERIEUR(S)

DROIT

GAUCHE

LE TRONC

Mobilisation active et passive des 4 membres

Respecter la fatigabilité

Manipulations douces en deçà de l'apparition du seuil de douleur

INSISTER SUR :

La rééducation proprioceptive sur tous supports

La réalisation de pauses fréquentes à visée de gestion de fatigue

Le travail de l'équilibre assis puis debout

Les séquences de redressement

L'école des chutes

Le travail de la marche (avec ou sans aides techniques)

Signature manuscrite du prescripteur

Cachet du Médecin Prescripteur

Le 23/05/2012

Mr/Mme
Prénom et NOM du patient

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

Patient en fauteuil roulant pour tous les déplacements

EN URGENCE

AU CABINET

A DOMICILE

SEANCES DE KINESITHERAPIE PAR SEMAINE

TOTAL : SEANCES

Selon le niveau orthopédique et /ou respiratoire

POUR : LE(S) MEMBRE(S) INFERIEUR(S)

DROIT

GAUCHE

LE(S) MEMBRE(S) SUPERIEUR(S)

DROIT

GAUCHE

LE TRONC

Mobilisation active et passive des 4 membres

Respecter la fatigabilité

Manipulations douces en deçà de l'apparition du seuil de douleur

EN INSISTANT SUR :

- Les étirements des muscles spastiques des 4 membres
- Kinésithérapie respiratoire
- Aide au transfert fauteuil
- Le travail de l'équilibre assis
- Les sollicitations motrices des membres supérieurs

Signature manuscrite du prescripteur

Cachet du Médecin Prescripteur

Le 23/05/2012

Mr/Mme
Prénom et NOM du patient

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

Patient hémiparétique

EN URGENCE

AU CABINET

A DOMICILE

 SEANCES DE KINESITHERAPIE PAR SEMAINE

TOTAL : SEANCES

POUR : L'HEMICORPS

DROIT

GAUCHE

Mobilisation active et passive des 4 membres

Respecter la fatigabilité

Manipulations douces en deçà de l'apparition du seuil de douleur

INSISTER SUR :

L'alternance de travail actif et de pauses à visée de gestion de la fatigue

Les mobilisations passives avec postures d'inhibition de la spasticité du membre supérieur

Les étirements des chaînes spastiques du membre inférieur puis sollicitations motrices des fléchisseurs d'abord en décubitus latéral puis en station assise puis debout

Le travail de l'équilibre assis puis debout

Le travail de transfert de poids

Puis travail plus spécifique de marche avec correction posturale (avec ou sans aide technique)

Signature manuscrite du prescripteur

Cachet du Médecin Prescripteur

Le 23/05/2012

Mr/Mme
Prénom et NOM du patient

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

Patient tétraparétique. Patient en fauteuil roulant

EN URGENCE

AU CABINET

A DOMICILE

SEANCES DE KINESITHERAPIE PAR SEMAINE

TOTAL : SEANCES

POUR : LE(S) MEMBRE(S) INFERIEUR(S)

DROIT

GAUCHE

LE(S) MEMBRE(S) SUPERIEUR(S)

DROIT

GAUCHE

LE TRONC

Mobilisation active et passive des 4 membres

Respecter la fatigabilité

Manipulations douces en deçà de l'apparition du seuil de douleur

INSISTER SUR :

Le travail de l'équilibre assis et des réactions au déséquilibre

Le travail des transferts, (si réaliste)

Les étirements des chaînes spastiques

Verticalisation dans un appareil modulaire de verticalisation,

(si le patient en possède un)

Signature manuscrite du prescripteur

Cachet du Médecin Prescripteur

Le 23/05/2012

Mr/Mme
Prénom et NOM du patient

**Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)**

EN URGENCE

AU CABINET

A DOMICILE

SEANCES DE KINESITHERAPIE PAR SEMAINE

TOTAL : SEANCES

POUR : LE(S) MEMBRE(S) INFERIEUR(S)

DROIT

GAUCHE

LE(S) MEMBRE(S) SUPERIEUR(S)

DROIT

GAUCHE

LE TRONC

LA CEINTURE PELVIENNE

L'HEMICORPS

DROIT

GAUCHE

Mobilisation active et passive des 4 membres

Respecter la fatigabilité

Manipulations douces en deçà de l'apparition du seuil de douleur

INSISTER SUR :

Signature manuscrite du prescripteur