

N° 118. Principales techniques de rééducation et de réadaptation

- Argumenter les principes d'utilisation des principales techniques de rééducation et de réadaptation, en planifier le suivi médical et argumenter l'arrêt de la rééducation.
- Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie.
- Connaître le rôle et les principales compétences des différents professionnels de santé dans le projet de rééducation-réadaptation d'une personne en situation de handicap.

► Statistiques ECN

Les questions sur la kinésithérapie reviennent fréquemment dans les dossiers : contexte de gonarthrose et prothèse de genou (2005) ; contexte de fracture du poignet et algodystrophie (2007) ; contexte de mal de Pott (2009) ; contexte de lombosciatique par hernie discale (2011).

► En quelques mots-clés

- Nombre de séances et région anatomique
- Concertation avec le masseur-kinésithérapeute
- Entente préalable

Les dix commandements

- ✓ Tu auras un diagnostic comme pour toute prescription.
- ✓ Tu adapteras les objectifs de la rééducation à la pathologie, mais aussi au patient.
- ✓ Ta connaissance des techniques de rééducation te permettra d'informer ton patient.
- ✓ Tu devras déterminer les modalités du programme (en urgence, en hospitalisation ?).
- ✓ Tu prescriras les transports itératifs pour les séances.
- ✓ Tu réévalueras régulièrement en fonction du bénéfice clinique.
- ✓ Tu connaîtras les réglementations concernant les situations courantes en ville.
- ✓ Tu connaîtras les réglementations concernant les situations courantes en post-opératoire.



La question

*J'ai regardé les horaires
des activités et y a pas zumba...*



La connaissance des techniques utilisées par les masseurs-kinésithérapeutes est nécessaire pour le médecin qui en est le prescripteur. Il s'agit de savoir déterminer le projet thérapeutique et de tenir compte de l'évolution. Les situations les plus fréquentes font l'objet de réglementations précises opposables.

LES PRINCIPALES TECHNIQUES

- **Massage**

Le massage est le point de départ pour la prise de contact avec le patient, le drainage circulatoire, l'antalgie, la libération des tissus cutanés et sous-cutanés, et la préparation du travail musculaire et proprioceptif.

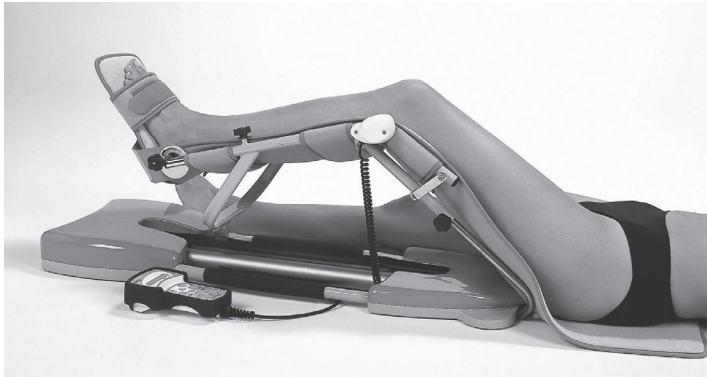
- **Mobilisation passive**

La mobilisation cyclique passive vise à récupérer les amplitudes articulaires. Elle peut être manuelle par le kinésithérapeute ou continue sur appareils automatiques (arthromoteur) dont on règle la vitesse et l'amplitude. Il s'agit de lutter contre l'enraidissement articulaire qui peut être d'origine :

- Intra-articulaire (adhérences intra-articulaires).
- Capsulaire et ligamentaire (rétractions).
- Tendineuse (rétractions).
- Musculaire (contractures ou spasticité).

- **Travail postural/tractions/étirements**

Il s'agit d'étirements lents et progressifs avec maintien des positions en amplitude maximale, éventuellement avec des poids ou des plâtres de posture successifs.



Arthromoteur: rééducation passive; réglage de la vitesse et de l'amplitude.

- **Renforcement musculaire**

Le renforcement musculaire est un travail actif ou actif aidé de la part du patient. Il vise à augmenter le volume musculaire pour améliorer la puissance locomotrice (activité) et la stabilité articulaire (position). Selon les objectifs il sera réalisé en chaîne cinétique fermée (co-contraction agonistes/antagonistes) et/ou ouverte. Le renforcement isométrique (contractions sans mouvement) peut être débuté souvent précocement, sous plâtre ou sous minerve. Le renforcement isocinétique (sur machine) permet de mesurer objectivement la puissance musculaire.

- **Électrostimulation excitomotrice**

Associée aux techniques manuelles, l'électrostimulation musculaire peut favoriser la levée de la sidération musculaire et la récupération de la force musculaire.

- **Électrostimulation antalgique**

L'électrostimulation antalgique n'est pas consensuelle.

- **Cryothérapie**

La cryothérapie est recommandée pour réduire une inflammation musculaire ou un épanchement articulaire (post-traumatique ou post-opératoire).

- **Reprogrammation neuromotrice/proprioception**

La reprogrammation neuromotrice est la réhabilitation du sens de position dans l'espace (proprioception). Au membre inférieur, le travail de l'équilibre peut être poursuivi sur plan instable.

Des exercices de marche sont réalisés sur terrain plat, sans et avec obstacles, puis en terrain accidenté.

- **Éducation thérapeutique du patient**

L'éducation thérapeutique du patient vise à prévenir les complications évitables et favoriser l'acquisition de compétences thérapeutiques par le patient. Elle nécessite l'implication du patient pour l'apprentissage de gestes interdits et de méthodes de compensation fonctionnelle.

- **Ergothérapie**

Il s'agit d'optimiser les capacités fonctionnelles restantes pour la réalisation des tâches de la vie quotidienne, y compris par des aides techniques parfois sur mesure (orthèse, prothèse) ou électronique (domotique), jusqu'au réaménagement du cadre de vie pour les handicaps les plus lourds.

- **Balnéothérapie**

Il s'agit de réaliser les exercices en piscine : visée antalgique/mécanique (compensation du poids par la poussée d'Archimède).

FAIRE LA PRESCRIPTION

La prise en charge kinésithérapeutique se fait sur prescription médicale (généraliste, rhumatologue, médecin rééducateur (MPR), chirurgien). Elle est donc sujette à une réglementation précise et repose sur une bonne communication entre les médecins et masseurs-kinésithérapeutes.

Outre l'identité du patient et du médecin et la date, il faut indiquer la région anatomique concernée et le nombre de séances. Il est d'usage de détailler le diagnostic, les propositions techniques ou les objectifs (avec des indications sur les limites éventuelles et leurs durées à respecter), ainsi que le rythme des séances s'il est particulier (ex : 7 jours sur 7) ou le caractère urgent ou à domicile.

Les consultations médicales permettent de suivre l'évolution dans le programme thérapeutique et de reconduire ou non les séances en fonction de la progression ou stagnation (utilité des scores cliniques spécifiques).

- **Pour la rééducation en externe**, la réglementation précise qu'il n'est pas nécessaire que le masseur-kinésithérapeute demande un accord préalable au service médical de l'Assurance maladie pour les situations suivantes uniquement :
 - Entorse du ligament latéral externe de la cheville (LLE) en dessous de 10 séances.

- Prothèse totale de hanche (PTH) en dessous de 15 séances.
 - Prothèse totale de genou (PTG) ou prothèse uni-compartmentale (PUC) en dessous de 25 séances.
 - Reconstruction du ligament croisé antérieur (LCA) en dessous de 40 séances.
 - Meniscectomie arthroscopique en dessous de 15 séances.
 - Chirurgie de la coiffe des rotateurs en dessous de 50 séances.
 - Lomalgie commune en dessous de 15 séances.
- **Pour la rééducation en établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR), un accord préalable est nécessaire en post-opératoire des gestes chirurgicaux suivants :**
 - Prothèse totale de genou en 1^{re} intention (PTG).
 - Chirurgie de la coiffe des rotateurs de l'épaule.
 - Ligamentoplastie du croisé antérieur du genou (LCA).
 - Prothèse totale de hanche en 1^{re} intention (PTH).

L'accord est demandé au service médical de l'Assurance maladie par le SSR sur la base des informations fournies par le chirurgien (logiciel internet TRAJECTOIRE <https://trajectoire.sante-ra.fr/trajectoire/Default.aspx>). De manière générale, l'éligibilité d'un patient à une hospitalisation en SSR est retenue en cas de :

- Complications locales, régionales ou générales ;
- Pathologies associées ;
- Pas de présence d'un accompagnant adulte, valide et responsable à la sortie et au domicile en post-opératoire ;
- Un logement inaccessible ;
- Un score ASA > ou = 3 ;
- Des difficultés de compréhension du patient lors de la consultation pré-opératoire à propos du geste chirurgical, des complications et des consignes post-opératoires.

► Liens transversaux

- N° 89. Déficit neurologique récent (voir item 335)
- N° 115. La personne handicapée : bases de l'évaluation fonctionnelle et thérapeutique
- N° 116. Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge
- N° 128. Troubles de la marche et de l'équilibre (voir item 107)
- N° 195. Syndrome douloureux régional complexe (ex. algodystrophie)
- N° 335. Accidents vasculaires cérébraux



Pense-bête thérapeutique

- + Penser la rééducation isométrique précoce sous immobilisation qui limite la fonte musculaire et entretient la proprioception.



Icono-clé

- + Exemple d'arthromoteur utilisé pour la mobilisation passive continue du genou.



Mon conseil

Une question sur la kiné complète aisément un dossier transversal.
Pour les cas réglementés, suivre les recommandations ;
pour les cas de libre prescription, rester pragmatique !



Liens bibliographiques, pour aller plus loin

- Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après ligamentoplastie du croisé antérieur du genou, HAS - janvier 2008

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reeducation_genou_lca_-_recommandations.pdf



- Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule, HAS - janvier 2008

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-03/reeducation_epaule_-_recommandations.pdf



- Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après arthroplastie totale du genou, HAS - janvier 2008

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reeducation_genou_ptg_-_recommandations.pdf



- Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte, HAS – juin 2012

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-11/11irp01_synt_avc_methodes_de_reeducation.pdf



- Rééducation de l'entorse externe de cheville. Jan 2000

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recosentors.pdf>



QRM

Dans quel cas un accord préalable n'est pas nécessaire pour la rééducation en externe d'une prothèse totale de genou ?

- a. 15 séances
- b. 25 séances
- c. 35 séances
- d. 45 séances
- e. Jamais

N° 153. Infections ostéo-articulaires (IOA) de l'enfant et de l'adulte

- Connaître les principaux agents infectieux responsables des IOA selon l'âge, le terrain et leur profil de résistance.
- Diagnostiquer et connaître les principes du traitement d'une arthrite avec ou sans matériel, d'une ostéite avec ou sans matériel.
- Diagnostiquer et connaître les principes du traitement d'une infection osseuse sur pied diabétique.

► Statistiques ECN

Thème abordé en 2007 : dossier de gonarthrose avec infection sur prothèse totale de genou.

► En quelques mots-clés

- Staphylocoque
- Allergie
- Endocardite
- Ablation de matériel
- Prélèvements profonds
- Choc

Les dix commandements

- ✓ Tu rechercheras une porte d'entrée infectieuse.
- ✓ Tu rechercheras une dissémination secondaire.
- ✓ Tu rechercheras des signes de choc.
- ✓ Tu demanderas à ton patient s'il est allergique à un antibiotique.
- ✓ Dans la mesure du possible, tu attendras d'avoir fait les prélèvements profonds pour débiter l'antibiothérapie.
- ✓ Tu choisiras des antibiotiques à diffusion osseuse à dose spécifique.
- ✓ Tu vérifieras le statut pour le tétanos.
- ✓ Tu t'intéresseras à la glycémie de ton patient.
- ✓ Tu discuteras du caractère nosocomial.
- ✓ Tu prendras les mesures d'isolement si le germe est résistant.

