

Item 104 – Sclérose en plaques

Objectifs de rééducation

I- Points clés

II- Indications et cibles thérapeutiques

III- Modalités organisationnelles

Rang	Rubrique	Item : 103 Sclérose en plaques	Intitulé	Descriptif
B	Prévalence/Epidémiologie	Connaître les principaux éléments épidémiologiques de la SEP	Connaître les principaux éléments épidémiologiques de la SEP	prévalence 100.000 patients en France, ratio H/F < 1, facteurs génétiques et environnementaux)
B	Eléments physiopathologiques	Connaître les principaux éléments physiopathologique de la sclérose en plaques	Connaître les principaux éléments physiopathologique de la sclérose en plaques	démyélinisation/remyélinisation, atteinte axonale
A	Diagnostic positif	Citer les principaux symptômes révélateurs de la SEP	Citer les principaux symptômes révélateurs de la SEP	sensitifs, visuels, plus rarement moteurs
A	Diagnostic positif	Connaître les signes de la névrite optique rétrobulbaire	Connaître les signes de la névrite optique rétrobulbaire	None
A	Définition	Savoir définir une poussée de la maladie	Savoir définir une poussée de la maladie	None
A	Diagnostic positif	Connaître les principaux arguments du diagnostic de SEP	Connaître les principaux arguments du diagnostic de SEP	dissémination dans le temps et dans l'espace
B	Diagnostic positif	Connaître les principaux diagnostics différentiels de la SEP	Connaître les principaux diagnostics différentiels de la SEP	None
B	Suivi et/ou pronostic	Connaître les différents modes évolutifs de la SEP	Connaître les différents modes évolutifs de la SEP	RR, SP, PP
B	Suivi et/ou pronostic	Connaître le pronostic général de la SEP	Connaître le pronostic général de la SEP	None
B	Examens complémentaires	Connaître l'intérêt de la PL et des potentiels évoqués pour le diagnostic de SEP	Connaître l'intérêt de la PL et des potentiels évoqués pour le diagnostic de SEP	None
B	Prise en charge	Connaître le traitement d'une poussée de SEP	Connaître le traitement d'une poussée de SEP	None
B	Suivi et/ou pronostic	Connaître les principales complications de la SEP	Connaître les principales complications de la SEP	spasticité, troubles urinaires, troubles sexuels, douleurs, fatigue, syndrome dépressif
B	Examens complémentaires	Indication des examens d'imagerie devant une suspicion de SEP	Indication des examens d'imagerie devant une suspicion de SEP	IRM crane + moelle
B	Examens complémentaires	Connaître les critères diagnostiques de dissémination spatiale et temporelle	Connaître les critères diagnostiques de dissémination spatiale et temporelle	None
B	Contenu multimédia	Exemple de SEP typique en IRM	Exemple de SEP typique en IRM	None

A	Diagnostic positif	Connaître les signes ophtalmologiques d'atteinte de la sclérose en plaque : neuropathie optique, paralysies oculo-motrices, nystagmus	None
B	Examens complémentaires	Connaître le bilan ophtalmologique d'une NORB : acuité visuelle, champ visuel, PEV	None
A	Identifier une urgence	Savoir qu'une NORB menace le pronostic visuel et est une urgence diagnostique	None
B	Suivi et/ou pronostic	connaître le potentiel évolutif d'une NORB	None
B	Diagnostic positif	distinguer une NORB d'une autre atteinte de BAV à FO normal	None

Situations de départ liées à l'Item

121	déficit neurologique sensitif et/ou moteur
66	apparition d'une difficulté à la marche
29	contracture musculaire localisée ou généralisée
129	troubles de l'attention
131	troubles de mémoire/déclin cognitif
134	troubles du langage et/ou phonation
279	consultation de suivi d'une pathologie chronique
328	annonce d'une maladie chronique
247	prescription d'une rééducation
298	consultation et suivi d'un patient ayant des troubles cognitifs
345	situation de handicap

I- Points clés

Maladie évolutive, inflammatoire du système nerveux central avec atteinte multifocale, responsable de situation de handicap chez le sujet jeune.

Prise en charge globale, multidisciplinaire médicale (neurologue, MPR, médecin traitant) et paramédicale (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricienne, APA, IDE, AS, ...).

Symptomatologie avec un grand polymorphisme interindividuel, dont l'évolutivité n'est pas prévisible. Absence de traitement curatif, mais traitement symptomatique permettant de limiter la restriction de participation avec une amélioration de la qualité de vie, la poursuite d'une activité socio-professionnelle.

Les troubles de la marche sont l'atteinte la plus visible et au premier plan de la gêne fonctionnelle exprimée, avec recours aux aides techniques fréquemment nécessaire, même si difficile à accepter.

La fatigue est une plainte commune à tous les patients, responsable d'un retentissement fonctionnel important physique, cognitif, psychique, socio-économique.

Les troubles de la déglutition, cognitifs ou vésico-sphinctériens, sont à rechercher systématiquement : souvent sous évalués, ils peuvent mettre en jeu les pronostics fonctionnel et parfois vital.

II- Indications et cibles thérapeutiques

Devant une maladie évolutive, présentant un polymorphisme important en fonction de l'atteinte et variable d'un sujet à l'autre, l'examen neurologique des patients doit être complet pour explorer toutes les fonctions neurologiques et apprécier l'éventuelle gêne fonctionnelle.

Le rôle du médecin de MPR est de mettre en place une prise en charge globale, physique, cognitive, psychique et socio-professionnelle. La proposition thérapeutique s'articule autour d'une équipe pluridisciplinaire, adaptée aux caractéristiques de la maladie (son caractère évolutif notamment) et du malade (ses déficiences, ses limitations d'activité, ses plaintes, sa fatigue). Les objectifs ne sont pas la récupération complète, mais le contrôle le plus longtemps possible du retentissement fonctionnel de la maladie et l'optimisation des traitements symptomatiques (médicamenteux comme non médicamenteux).

Symptômes	Evaluation	Propositions thérapeutiques
<p>Déficiences neuro-motrices</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficit moteur membres supérieurs/inférieur, au niveau du tronc - Spasticité - Syndrome cérébelleux <p><i>Association variable de déficits</i> <i>Influence de la fatigue / spasticité</i></p>	<p>Testing MRC</p> <p>Evaluation de l'équilibre et de la coordination</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des contrôles moteurs existants (mobilisations actives aidées, rééducation neuromotrice, rééducation en position de fonction) - Réadaptation à l'effort (cardiovasculaire, musculaire, fonctionnelle)
<p>Spasticité</p>	<p>Echelle d'Ashworth</p> <p>Score de Penn</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inhibition de l'hypertonie spastique (étirements passifs lents, postures d'inhibition) - Traitement local dans le cadre d'une symptomatologie ou gêne focale avec des injections de toxine botulique - Traitement général dans le cadre d'une symptomatologie diffuse <p>⚠ à la fatigue induite, à la tolérance cognitive</p>
<p>Troubles de la marche</p> <pre> graph TD S[Spasticité] --> TM[Troubles de la marche] FM[Faiblesse musculaire / Déficits moteurs] --> TM TC[Troubles cognitifs] --> TM AT[Ataxie/Troubles de la coordination] --> TM TV[Troubles visuels] --> TM F[Fatigue] --> TM DS[Déficits sensoriels] --> TM IC[Intolérance à la chaleur] --> TM </pre> <p><i>Multiplicité des déficiences pouvant rendre compte de troubles de la marche</i></p>	<p>Examen neurologique complet et rigoureux</p> <p>Observation de la marche</p> <p>Utilisation d'aides techniques?</p> <p>Evaluation du périmètre de marche, EDSS</p> <p>Test de marche des 25 pieds (T25FW)</p>	<p>Prise en charge rééducative multidisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail spécifique de la marche - Prévention des chutes, relevés du sol - Rééducation des troubles de l'équilibre - Psychomotricité - Activités Physiques Adaptées <p>⚠ EN RESPECTANT LA FATIGABILITE</p>

Symptômes	Evaluation	Propositions thérapeutiques
<p>Déficiences neuro-orthopédiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rétractions capsulo-ligamentaires ou musculo-tendineuses <p><i>Répercussions sur le pronostic fonctionnel et le confort</i> <i>Conséquences posturales et cutanées</i></p>	<p>Mesure des amplitudes articulaires (goniomètre)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien/récupération de la mobilité articulaire : - Etirements musculaires, postures, auto-mobilisations
<p>Fatigue</p>	<p>Données d'entretien</p> <p>Qualité du sommeil</p> <p>Questionnaires spécifiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître et identifier la fatigue et d'éventuels facteurs favorisants - Fractionner les activités - Favoriser un sommeil de qualité - Education comportementale - Activités Physiques Adaptées - Optimisation des aides techniques
<p>Troubles cognitifs</p> <p><i>Ralentissement</i> <i>Troubles mnésiques</i> <i>Troubles attentionnels et exécutifs</i></p>	<p>Données d'entretien (niveau de gêne)</p> <p>Tests de débrouillage</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte des facteurs associés - Sollicitation cognitive régulière - Rééducation cognitive - Stratégies de compensation
<p>Troubles de déglutition</p>	<p>Données d'entretien: toux lors de la prise alimentaire (solide, liquide)</p> <p>Efficacité de la toux</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consignes: contexte calme, antéflexion tête-cou - Adaptation texture des aliments et des boissons - Eviction de certains aliments à risque - Rééducation orthophonique (stimulation et exercices)

Symptômes	Evaluation	Propositions thérapeutiques
<u>Troubles vésico-sphinctériens</u> <i>Rechercher constipation et troubles génito-sexuels</i>	<i>Voir chapitre spécifique</i>	- Objectif: mode mictionnel sécurisé Selon résultats de l'évaluation: - Traitement médicamenteux (alpha-bloquants et/ou anticholinergiques) - Règles hygiéno-diététiques - Auto(hétéro)SEV
<u>Troubles anxio-dépressifs</u> <i>Rechercher troubles du sommeil, fatigue</i>	Données d'entretien Questionnaires (ex: échelle HAD)	- Traitement médicamenteux - Suivi psychologique
<u>Douleur nociceptive/neuropathique</u>	EVA, EN Score DN4 Schéma corporel	- Traitement médicamenteux adapté - Thérapeutiques non médicamenteuses
<u>Déficiences neurosensorielles</u> <i>Principalement troubles visuels (NORB, troubles oculo-moteurs)</i> <i>Syndrome vestibulaire</i>	Examen clinique Acuité visuelle Bilan neuro-ophtalmologique	- Bilan et rééducation orthoptique - Kinésithérapie posturale et vestibulaire
<u>Capacités fonctionnelles</u>	Equilibre et posture Transferts Déplacements Autonomie (MIF)	- Rééducation appropriée - Choix et essais d'aides techniques - Aménagements et conseils
<u>Aspect médico-social</u>	Evaluation sociale	- Accessibilité logement, environnement, véhicule - Adaptation scolarité/activité professionnelle Dossier MDPH (PCH aides humaines/aides techniques)

III- Modalités organisationnelles

Où?

→ Libéral et / ou Structure de rééducation

La prise en charge en libérale (kinésithérapique notamment) est à privilégier initialement.

Il existe un intérêt à la prise en charge en structure de rééducation pour une approche multidisciplinaire, permettant de maintenir et/ou améliorer à moyen et long termes les capacités fonctionnelles, la participation sociale, la qualité de vie. Elle est à proposer lors de la majoration d'incapacités, et de dégradation fonctionnelle avec des objectifs spécifiques pré-établis. A adapter en fonction de l'évolution, de la demande du patient, de son environnement.

Comment/Qui?

→ Prise en charge kinésithérapique ambulatoire (une à deux fois par semaine)

→ Par une équipe multidisciplinaire :

Chaque thérapeute intervient en fonction des besoins du patient, de sa plainte fonctionnelle. La prescription sera alors personnalisée.

Quand?

→ Le plus tôt possible, au début de la maladie, dès l'apparition d'une gêne fonctionnelle : en dehors des poussées pour maintenir les acquis et prévenir les complications, au décours des poussées, ce qui peut permettre d'accélérer la récupération

La prise en charge libérale, régulière, permet de réaliser l'entretien des fonctions et de réaliser la rééducation. Il n'y a pas de notion de quota, de limites temporelles et spatiales à la réalisation de la rééducation.