

Prise en charge rééducative de la spasticité

- Kinésithérapie
 - Ergothérapie
 - Orthophonie
- Psychomotricité

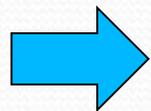
Les objectifs de la rééducation

- ❖ recherche d'une amélioration de la motricité (problèmes primaires)
- ❖ récupération des secteurs de mobilités articulaires (problèmes secondaires)
- ❖ contrôle des stratégies compensatoires (problèmes tertiaires)

Les bilans des rééducations

- Etablir les liens existants entre la spasticité et les troubles divers

- ❖ Troubles du tonus
- ❖ Les difficultés du contrôle moteur sélectif
- ❖ Faiblesse musculaire et conséquences orthopédiques



Plan du traitement médico rééducatif

Les moyens de la rééducation

- ❖ Passif: Etirements et postures: action orthopédique
 - ❖ Non douloureuse
 - ❖ Fréquentes, répétées, sur des temps longs (attelles, verticalisation, plâtres...)
 - ❖ Contraignantes
- ❖ les mobilisations actives:
 - ❖ Travail analytique des capacités fonctionnelles
 - ❖ Acquisition des possibilités motrices (NEM, station assise, déplacements,....)
 - ❖ Travail fonctionnel, mise en situation adapté à l'âge et aux capacités

Les bilans en kinésithérapie

bilan VARAX

- ❖ Le bilan orthopédique:
- ❖ Le bilan des appareillages
 - ❖ Le bilan fonctionnel



Evaluations régulières et systématisées

Avant et après traitement

Le bilan orthopédique et musculaire

- ❖ **Evaluation orthopédique:** bilatérale ,à vitesse lente et au repos.
 - ❖ **Cheville:** flexion dorsale, varus av pied et arr pied
 - ❖ **Genou:** angle poplité
 - ❖ **Hanche:** abduction, extension, flexion, manœuvre de Netter
 - ❖ Examen du **rachis**

❖ L'évaluation musculaire

❖ Echelle de Tardieu: angle, vitesse et résistance

❖ Echelle d' Ashworth modifiée:

- 0 : pas d'augmentation du tonus musculaire
- 1 : augmentation discrète du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'un relâchement
- 1+ : augmentation discrète du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'une résistance minime perçue sur moins de la moitié de l'amplitude articulaire
- 2 : augmentation plus marquée du tonus musculaire touchant la majeure partie de l'amplitude articulaire, l'articulation pouvant être mobilisée facilement
- 3 : augmentation importante du tonus musculaire rendant la mobilisation passive difficile
- 4 : l'articulation concernée est fixée en flexion ou en extension (abduction ou adduction)

❖ Le Contrôle Moteur Sélectif: CMS

0 : Pas de CMS, minime contraction

0, 5 : Contraction et mouvements minimes et / ou beaucoup de
Co-contractions

1 : Mauvais contrôle sélectif, commande dissociée,
mouvement limité, co-contractions possibles

1, 5 : CMS correct mais défaut de fluidité ou limitations dans le
mouvement (co-contractions)

2 : CMS parfait, contraction et muscles appropriés

Les appareillages

❖ Orthèses de posture: rôle orthopédique

- ❖ Effet dans la durée du port:
mini 6h (la nuit++)
- ❖ Effet passif de maintien
de position
- ❖ Contraintes

❖ Aides à la déambulation:

- ❖ Aides à la marche
(releveur)
- ❖ déambulateur antérieur,
postérieur...



Le bilan fonctionnel

- ❖ « **Tests courants** »: marche talons, pointes, accroupissements, sauts...
- ❖ **Evaluation de la marche**: analyse vidéo
 - ❖ Examen systématisé
 - ❖ Sans et avec aides à la déambulation
 - ❖ à vitesse « normale » et à vitesse lente sur les cycles les plus représentatifs
 - ❖ Contact initial
 - ❖ Plein appui
 - ❖ Période pré oscillante
 - ❖ Phase oscillante/ pré contact
 - ❖ Echelle d'évaluation: Score d' Edimbourg, Gait scale

Conclusion des bilans

Synthèse des résultats en équipe:
adaptation

- plan de traitement
 - suivi rééducatif
- adaptation des appareillages