



Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

LA REEDUCATION DE LA MAIN RHUMATOÏDE

L'atteinte de la main est habituelle en cas de polyarthrite rhumatoïde, on parle de 80%, ce qui entraîne une gêne fonctionnelle importante, car l'atteinte est bilatérale dans la majorité des cas.

Les déformations secondaires à l'atteinte inflammatoire des articulations et des synoviales tendineuses sont néanmoins déterminées par des facteurs mécaniques et ne sont pas tout à fait anarchiques mais prévisibles dans la plupart des cas.

On devrait maintenant grâce aux différents traitements existants pouvoir diminuer la gravité des lésions, freiner l'évolution.

Il faut pouvoir utiliser les techniques thérapeutiques au bon moment.

Ces déformations, conséquence de la rupture de l'équilibre dynamique sont correctibles au début, après elles se fixent. Un blocage de l'IPP constitue une véritable catastrophe.

Je voudrais surtout insister que la rééducation en cas de Polyarthrite rhumatoïde est une rééducation qu'il convient d'adapter constamment aux différentes situations. J'ai face à moi un patient atteint d'une maladie systémique, évolutif, avec des poussées et rémissions.

La rééducation aura toujours comme but la FONCTION de la main, pas la recherche des exploits, la lutte contre la douleur.

De ce fait, ce seront des gestes doux, non répétitifs, prudents qui seront exécutés. Ne pas chercher à forcer à renforcer, ne pas chercher à faire plus que ce qui est nécessaire dans le quotidien.

Nous nous soucions de la douleur tout d'abord....symptôme principal qui entraîne des contractures musculaires mais cette douleur entraîne une réduction de la fonction et provoque l'hypotrophie musculaire.

Comme moyen nous avons le repos segmentaire, mettre au repos une articulation plus précise, plus douloureuse. Le fait de mettre l'articulation au repos permet l'arrêt du stimulus douloureux et de ce fait l'auto-entretien de la contracture réflexe. Les attelles nocturnes sont fortement conseillées.

Un autre soucis est la lutte contre les déformations.

Il faudra veiller à maintenir la mobilité articulaire par étirements lents et progressifs. Ces étirements sont facilités par un temps préparatoire par massage ou thermothérapie sous forme de paraffine (expliquer !)

Pour diminuer le risque d'atrophie nous proposons des exercices de contractions actives, isométriques.

Les exercices doivent être exercés quotidiennement par le patient, ils doivent donc être simples, orientés en fonction des risques évolutifs, SOUS LE SEUIL DE LA DOULEUR !

En pratique –maintenir les pinces pollicidigitales

-maintenir l'ouverture, la pince pouce-index

- maintenir la mobilité du poignet

Veiller à éviter et corriger les déviations du poignet avant de traiter celles des doigts Les tendons forment une cage autour du poignet, la perte du support ligamentaire entraîne la succession des déformations

L'économie articulaire et les orthèses font évidemment partie de la prise en charge pluridisciplinaire, nous ne détaillerons pas ceux-ci car ils font l'objet d'autres exposés.

Nous vous montrons quelques exercices que nous proposons

1. Extension des poignets au bord de la table (tenir 2sec) répéter 5X
2. Eviter le 'coup de vent des doigts » : main à plat sur la table ramener l'index vers le pouce en gardant le poignet bien dans l'alignement de l'avant-bras. Idem pour les autres doigts 5X

3. Ouvrir le pouce : mains à plat sur le bord de la table, les doigts longs restent au -dessus de la table, le pouce passe en dessous 10X