

Place la Rééducation et Réadaptation dans la prise en charge de la douleur chez le patient ayant contracté une Covid-19.

Un séjour en réanimation ou en médecine de façon prolongée chez des patients ayant présenté une infection par COVID-19 laisse inévitablement des traces tant sur le plan physique que psychique qu'il va falloir tenter d'effacer pas à pas.

Des séquelles d'ordre respiratoire, cardio-vasculaire, rénal, neurocognitif, musculo-squelettique, métabolique et nutritionnel vont impacter de manière durable les capacités des patients. Après parfois de nombreuses semaines de combat pour rester en vie dans les services de réanimation et de médecine, les victimes de la COVID-19 sont confrontées à un nouveau défi. Elles doivent retrouver leur mobilité, une digestion et une respiration normale... L'effet bénéfique de la rééducation après un passage en réanimation est bien établi et la tendance actuelle est de la débiter précocement.

Les axes thérapeutiques essentiels sont la prévention des complications de décubitus et la rééducation de la communication, de la cognition, de la déglutition et de la motricité tout en soutenant le plan émotionnel.

Quelles douleurs ?

L'atteinte peut être responsable de différents types de douleurs :

- Les douleurs liées à l'alitement prolongé et à la remise en mouvement.

Il s'agit le plus souvent des neuro-myopathies acquises en réanimation d'autant plus fréquentes qu'il existe des comorbidités antérieures ou qu'il s'agit d'un patient fragile.

Il s'agit notamment des complications du décubitus avec sarcopénie, fonte musculaire, amaigrissement, escarre, déconditionnement musculaire à l'effort, rétractions musculo-tendineuses, limitations articulaires aboutissant à un syndrome de désadaptation psychomotrice voire de désorganisation psychomotrice globale (notamment sur le plan du tonus, de l'espace et du temps, du schéma corporel, des coordinations) souvent majorée par une dénutrition sévère multifactorielle (fatigue, anorexie, dyspnée, dysphagie, anosmie, aguesie, syndrome dépressif, troubles de déglutition avec fausse route, troubles moteurs gênant l'alimentation...).

Elles disparaissent généralement progressivement avec la reprise d'activité et sont sensibles aux traitements kinésithérapiques.

Il peut se rajouter une insuffisance respiratoire restrictive par faiblesse des muscles respiratoires, fibrose pulmonaire et déconditionnement à l'effort avec limitations d'activité et des restrictions de participation.

- Les douleurs liées au syndrome viral :

Il s'agit généralement de courbatures avec myalgies dans un contexte de perte de masse musculaire, de céphalées, des lésions cardio-vasculaires de type myocardite et thromboemboliques majorant le déconditionnement d'alitement, mais aussi des atteintes méningo-encéphaliques, médullaires ou neurologiques périphériques.

De manière concrète

En pratique patients et soignants vont être confrontés aux deux types de douleurs classiques : celles aiguës d'origine le plus souvent mécanique ou inflammatoire notamment lors des mobilisations, et celles plutôt chroniques le plus souvent neurologiques (neuropathie, compression, médullaire, encéphaliques...)

La douleur est un obstacle à la kinésithérapie et en particulier à la mobilisation : verticalisation, mobilisation articulaire passive ou active, correction d'attitudes vicieuses, désenraidissement articulaire, reprise fonctionnelle de la déambulation ou de la préhension....La rééducation doit faire appel aux moyens antalgiques pour pouvoir être effectuée.

Ces moyens sont nombreux, divers, d'intensité progressive, et doivent être utilisés précocement pour éviter, l'installation d'une raideur, la survenue du syndrome douloureux complexe, une anticipation négative du patient à ses séances....

Deux orientations impératives vont alors émerger :

- D'une part la nécessité d'un travail en équipe pluridisciplinaire associant tous les professionnels acteurs de la rééducation, qu'ils soient sollicités en 1ère et ou 2ème intention médecin, infirmière, aide-soignante, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien, psychologue, neuropsychologue,...
- D'autre part une coordination sans faille entre les différents intervenants.

Des réunions d'équipe permettent un ajustement des soins pour une prise en charge pluridisciplinaire avec des objectifs communs.

Quelles réponses pluridisciplinaires?

Des évaluations ou bilans au programme de rééducation individualisée

Une évaluation précise des déficits et incapacités s'impose : multidisciplinaire et utilisant des outils validés et simples facilitant une mise en route rapide, précoce et adaptée.

Chaque professionnel impliqué, à partir de bilans réalisés chacun dans sa spécialité doit :

- Prévoir des critères d'arrêt et de surveillance, prendre les précautions qui s'imposent par rapport à l'état du patient, stopper le programme en cas d'oppression, de douleur thoracique, d'essoufflement, de malaise, de céphalée, de trouble de la vision, de tachycardie, de sueur, de cyanose, de trouble de la conscience, de dysfonction ventilatoire (respiration paradoxale, polypnée, baisse de la saturation).
Ces circonstances nécessiteront une adaptation de l'intensité de l'exercice et l'administration éventuelle d'oxygène.
- Savoir émettre des protocoles de soin ou programme de rééducation.

Programme de rééducation sur le champ fonctionnel :

La nécessité d'un suivi médical étendu au niveau de la dénutrition et de la nutrition .Escarres et Dénutrition sont souvent liées ; une reprise progressive de l'alimentation est importante sur la cicatrisation des escarres.

La dénutrition : le médecin et la diététicienne vont assurer un suivi nutritionnel calorique et protéique systématique (syndrome inflammatoire, hypercatabolisme, augmentation de la dépense énergétique du travail ventilatoire, anorexie secondaire à l'infection, gêne respiratoire, anosmie, agueusie, stress, syndrome de renutrition inapproprié.

Les escarres : Mesures systématiques vu le risque important d'escarres, même à des endroits inhabituels (visage, thorax, genoux, ailes iliaques, dos du pied) du fait du décubitus prolongé et du décubitus ventral pour les patients les plus hypoxémiques.

Un accompagnement spécifique pour les plus dépendants ceux qui sont atteints de tétraparésie, une paralysie légère des quatre membres due à des perturbations neurologiques.

Les personnes ayant été trachéotomisées nécessitent un suivi rapproché des mécanismes de la respiration et de la déglutition, ainsi pour ceux qui ont du mal à retrouver une digestion normale.

Au niveau de l'appareil respiratoire :

Des exercices ventilatoires chez un patient stable, non polypnéique au repos vont permettre de préparer le reconditionnement à l'effort et seront mis en œuvre selon de la capacité des muscles respiratoires et l'efficacité de la toux. Ils visent à améliorer le contrôle de la ventilation, augmenter le volume courant sans fatiguer le patient tout en permettant d'apaiser et maîtriser les conséquences psychologiques (stress, anxiété et dépression). Une attention toute particulière sera renforcée chez les patients ayant bénéficié d'une ventilation mécanique modulant les techniques de kinésithérapie respiratoire de drainage bronchique qui sont mises en œuvre avec précaution. Dans tous les cas l'éducation et l'auto-rééducation ont une place privilégiée de manière à ce que le patient soit acteur de sa prise en charge. La surveillance de la tolérance aux exercices est constante (échelle de Borg, échelle numérique, pouls, saturation...).

Les ergothérapeutes vont optimiser l'installation du patient ; les psychomotriciens vont l'aider à mieux ressentir son corps pour savoir gérer les tensions que le corps aurait accumulées au niveau du tronc, du cou, de la tête et du thorax, lui permettre d'appivoiser son souffle, de gérer ses peurs et d'utiliser des techniques de relaxation psychomotrices.

Au niveau de l'appareil locomoteur :

Chacun des rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens) ainsi que des professeurs d'activité adaptée va amener ses compétences.

Ainsi par exemple la composante de désadaptation à l'orthostatisme et à l'effort nécessite généralement une verticalisation sur plan incliné de manière progressive, une mise au fauteuil précoce sous surveillance des constantes classiques. La composante de récupération ou de maintien des amplitudes articulaires se fera habituellement par un travail de mobilisation passive, de travail actif voire de postures tant des membres inférieurs (station alité prolongée avec position vicieuse type équin de cheville) que des membres supérieurs ou du thorax (séquelles posturales post intubation... le renforcement musculaire initialement global peut faire appel à un travail sur cycloergomètre, tapis roulant, électrostimulation transcutanée, renforcement musculaire progressif et adapté à la tolérance, transferts assis/debout, marche aidée...

Devant une forme neurologique de la COVID-19 (pied hémiparétique, orteils en griffe) le podologue peut apporter des propositions intéressantes notamment au niveau des appuis et de la posture par des orthèses.

Au niveau la déglutition et de la voix :

Ces troubles sont fréquents après une intubation prolongée. On retrouve le plus souvent une faiblesse respiratoire, une réduction de sensibilité pharyngée, une dysnergie thoraco-abdominale, un reflux gastrique, une fatigue, un œdème laryngé après extubation. Travail en synergie de l'orthophoniste et de la diététicienne Adaptation des textures, positionnement

Au niveau des fonctions cognitives

Au sortir de la sédation, ou d'un séjour long et agressif on peut retrouver des troubles cognitifs notamment en rapport avec une hypoxie cérébrale et une encéphalopathie.

Un bilan et une prise en charge adaptée est le champ d'application des neuropsychologues.

Sur le champ psychologique, affectif et émotionnel

La prise en charge est particulièrement le domaine du psychologue clinicien et/ou du psychomotricien.

En ce qui concerne la gestion du stress engendré par syndrome de stress post traumatique avec des troubles anxieux, des cauchemars, des troubles du sommeil importants, une irritabilité, des troubles cognitifs. La question du vécu corporel et des conséquences psycho-affectives de cette situation hors-norme, est sans précédent.

La virulence de la contagion, la rapidité de la dégradation de l'état de santé du malade atteint de la Covid-19 (dans bien des cas en état de fragilité et souvent déjà installé dans une chronicité, parfois douloureuse) les traitements lourds avec un long séjour en service de réanimation pour certains d'entre eux sont venus faire irruption dans nos pratiques professionnelles de rééducateurs nous imposant un réajustement de nos approches.

La dimension de la contagiosité, les règles sanitaires, la distanciation physique et sociale.

Garder ses distances : porter un masque, des gants, toucher le moins possible et avec une extrême précaution, au risque d'être contaminé, de contaminer l'autre.

Le sujet devient un corps qui subit. Il devient « objet » de soin mais l'urgence est vitale.

A la sortie de la réanimation, il faut vite retrouver une autonomie des grandes fonctions vitales ; reprendre possession d'un corps, géré jusqu'alors par des machines.

Mais il est souvent vécu comme étranger à soi-même.

Altération du tonus, fonte musculaire, cicatrices, hématomes dus aux soins ou contentions, œdèmes, le sentiment de ne plus avoir le contrôle de ses mouvements (très fréquemment observé), tremblements, troubles de l'équilibre chez des patients même jeunes, sportifs, ...

Les limites corporelles deviennent floues.

A cela peuvent s'ajouter des cauchemars, la peur de mourir étouffé, d'avoir mal.

Ne plus se reconnaître, reconnaître les autres.

Comment accepter « cette défaillance » cette perte d'autonomie ?

Accompagner le patient, en l'amenant à accepter des soins plus ou moins intrusifs lors de l'hospitalisation, nécessite de l'aider à gérer ses émotions, à se réapproprier son corps, à reprendre confiance en soi et en son corps, et à accepter « cette défaillance » cette perte d'autonomie, mais en visant à retrouver et à réajuster le tonus, retrouver un schéma corporel réorganisé,

Permettre au patient de mettre des mots sur son vécu en sortie de réanimation et tout au long de l'hospitalisation, sur l'impact psychocorporel de la maladie ; et de se réapproprier son identité, de recréer du lien avec l'environnement humain et matériel

L'aider à se réorienter dans l'espace-temps et à se projeter dans un retour à domicile ; le patient après plusieurs mois à l'hôpital et parfois inconscient pendant plusieurs jours, développe une angoisse du retour à la maison, à la "vie normale".

Il existe un bouleversement psychomoteur post COVID-19 : est-il possible de reprendre ses habitudes quand on n'est plus capable de, on n'est plus le même, que l'on a vécu une expérience unique où les proches étaient d'emblée exclus (Mesures sanitaires propres à la COVID-Isolement) ?

Gérer le décalage entre la joie du conjoint de retrouver son proche vivant et en bonne santé, avec une hâte de retrouver leur vie quotidienne et celle du proche qui a été malade et pour qui le virus a changé peut être son caractère, sa manière de voir le monde où son environnement, et d'être au monde.

Le retour au domicile est toujours une étape importante.

Dans ces conditions, on comprend aisément que le travail de rééducation ne s'arrêtera pas à la sortie de l'hôpital mais devra se poursuivre.

Il doit s'organiser en partenariat avec le patient, son entourage et les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Par retour à domicile, il peut s'agir de retour dans le lieu de vie, en EPHAD et en institutions médico-sociales.

Le bilan et accompagnement social va permettre pour certains patients âgés avec une altération importante de l'état général liée à la COVID-19 (engendrant une perte d'autonomie et ne leur permettant plus de rester seuls au domicile) la discussion de la mise en place d'un projet de vie (comme l'entrée en EPHAD).

Mise en place de l'éducation thérapeutique du patient en raison de haute contagiosité de la COVID-19 dès la sortie de réanimation, tout au long de sa rééducation en service SSR, et surtout à l'occasion de son retour à domicile.

Le retour est toujours une étape importante toujours négociée en équipe dont les principaux axes de travail sont l'accompagnement à la reprise des habitudes de vie et de la participation sociale, l'évaluation des obstacles au domicile, proposition d'aménagements avec aides techniques. Il est important de poursuivre en libéral la kinésithérapie, l'orthophonie, la psychomotricité ; de mettre en place un réseau de soin hôpital-ville adaptée au patient, ainsi que de lui permettre de pouvoir bénéficier d'un travail avec l'Unité Douleur pour les douleurs complexes et en raison des compétences présentes au sein de l'Unité. Le médecin traitant devenant le médecin pivot et surtout la poursuite du travail de rééducation en ambulatoire coordonné par le médecin de physique et de réadaptation.

Les auteurs : Sylvia Law de Lauriston (Psychomotricienne, Consultation de la Douleur, CH de Soissons) ; Jean-Luc Poindessous (MPR - Centre Hospitalier Intercommunal Meulan les Mureaux)

Listes des participants : Anne Hauviller, Emilie Jacquemin, Véronique Maindré, Coleen Matton, Laure Thirard, Anna Van Der Kouwe.

Références :

HAS • Réponse rapide dans le cadre du COVID-19 Prise en charge précoce de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) en réanimation, en soins continus ou en service de rééducation post-réanimation (SRPR) • avril 2020

HAS • Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Prise en charge des patients COVID+ en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), et retour à domicile • avril 2020

Recommandations sur la prise en charge kinésithérapique d'un patient COVID+ KINE/I/INFO-007/09-04-2020

Validation par la Commission de Rééducation et de Réadaptation (C2R) à la SFETD