

La polio et son vieillissement : comment en organiser la prise en charge ?

Bernard BIOT*

Les séquelles de poliomyélite antérieure aiguë sont susceptibles de se modifier dans le temps, du fait du vieillissement ou d'un syndrome post-polio.

Si la vaccination a éradiqué la poliomyélite dans un grand nombre de pays, elle n'est malheureusement pas encore vaincue ; des nouveaux cas apparaissent chaque année.

Le vieillissement des poliomyélites contractées dans le passé s'exprime de façons diversifiées ; il est délétère. Il rajoute des pénalités soit de son propre chef, soit par l'intermédiaire de nouvelles lésions facilitées par les conséquences de la polio ou du fait d'une reprise évolutive (syndrome post-polio, pendant longtemps pris pour une SLA).

La rigueur reste la première qualité du soignant du fait des variations, parfois minimes, qu'il faut décrypter dans un corps dont on ne connaît pas forcément la "normalité".

Les séquelles de la poliomyélite et leurs modifications

Les problèmes musculaires sont au premier plan

Le muscle poliomyélitique et ses variations

Si un muscle garde la même valeur quel que soit l'âge, son rendement diminue, surtout dans la seconde moitié de la vie. Ainsi, un muscle coté 3 verra son évaluation ramenée à 2+ ou 3- lors de la fatigue. La fonction qui était possible ne l'est plus.

Selon l'importance fonctionnelle du muscle, les conséquences sur l'indépendance peuvent être considérables. L'exemple classique est celui du quadriceps, qui passe de 3 à 3- sur un

MOTS CLÉS

Indépendance
Muscle
Poliomyélite antérieure aiguë
Psychologie
Rachis
Respiration
Syndrome post-polio



* Médecin MPR.
CMCR des Massues
92, rue Admond Locard
69322 Lyon cedex 05

La polio et son vieillissement : comment en organiser la prise en charge ?

membre dont les autres muscles qui participent au verrouillage sont eux aussi faibles (triceps = 0, extenseur de hanche = 3+ par exemple). Il faut une canne ou un effet recurvatum pour conserver une station debout correcte ou une déambulation possible.

Diminuée en cas de paralysie périthoracique ou diaphragmatique et majorée par une éventuelle scoliose, l'insuffisance respiratoire évolue avec le vieillissement.

Cette variation peut être occasionnée par une lésion radiculaire surajoutée, par exemple une lombocruralgie, pour suivre l'hypothèse précédente, même en l'absence de syndrome compressif.

Il ne faut pas non plus négliger les affections qui modifient la physiologie musculaire (variation du potassium, dysthyroïdie, syndromes extrapyramidaux et associés...); il en est de même de certains médicaments.

C'est dire toute l'importance :

- du *testing* référent, réalisé à l'âge adulte jeune, seul procédé validé facilement réalisé et reproductible, d'un coût de revient minime ;
- de l'attention portée aux prescriptions médicamenteuses ;
- surtout de l'entretien musculaire, qui devient indispensable, au moins par périodes une fois dépassée la quarantaine. Ce travail impose une préparation pour détendre le muscle, ajuster sa vascularisation et affiner sa proprioception. Le travail doit être analytique et programmé en fonction du bilan ; il doit être progressif. Il doit s'inscrire dans des schémas plus globaux, inspirés du Kabat. L'intégration fonctionnelle est indispensable, par exemple dans des démarches du type rééducation posturale. Chaque affection intercurrente, ne serait-ce que du fait du repos imposé, conduit à une reprise rééducative adaptée.

Le syndrome post-polio

Quoi qu'il en soit de sa physiopathologie qui reste discutée, le syndrome post-polio se caractérise par une perte brutale et inexpliquée de la valeur de certains muscles, accompagnée d'une atrophie. La variation dans l'évaluation musculaire est importante, elle est franche. Elle s'accompagne bien sûr de la perte des fonctions corrélatées aux groupes atteints.

Le problème est celui d'une récupération qui est très hypothétique et rarement constatée, et des suppléances à rechercher (fonctionnelles, appareillage, aides techniques).

D'autres problèmes musculaires peuvent survenir

La coiffe des rotateurs est fréquemment atteinte. Sa surutilisation, du fait des cannes ou de la propulsion du fauteuil, surtout si le sujet se cyphose pour améliorer ses performances, n'y est pas étrangère. Sa meilleure connaissance et la maîtrise de son traitement la font rechercher méthodiquement.

La douleur et la perte fonctionnelle qu'elle entraîne sont très pénalisantes. Son diagnostic est difficile, surtout en cas d'atteintes concomitantes de la ceinture scapulaire, dont celle du deltoïde, ce qui ne permet plus l'utilisation classique des tests habituels.

Les bilans musculaires référents préalables sont indispensables au diagnostic des lésions récentes. La perte fonctionnelle d'un groupe musculaire profondément caché peut être l'occasion d'une déficience majeure très invalidante.

Les problèmes rachidiens

Le rachis, volontiers dévié, subit les effets du vieillissement de son infrastructure, aggravé par les éventuelles

pénalités musculaires du tronc. Les défauts de la musculature ne permettent plus la gestion des forces qui transitent par le tronc ; elles se transforment en contraintes qui accélèrent les lésions des segments intervertébraux. Les scolioses s'aggravent alors, entraînant avec elles le bassin, dont l'obliquité se majore.

Les cyphoses augmentent et le cou n'a pas toujours la capacité à maintenir la tête d'aplomb du fait des modifications des longueurs des muscles qui perdent leur valeur fonctionnelle. La ptôse céphalique est redoutée.

Cette situation impose une gestion correcte du tronc, éventuellement associée à la chirurgie, d'autant plus que le sujet vit en fauteuil roulant et que la mode diminue les repères de réajustement postural que sont les accoudoirs et les dossiers.

La ventilation

Diminuée en cas de paralysie périthoracique ou diaphragmatique et majorée par une éventuelle scoliose, l'insuffisance respiratoire évolue avec le vieillissement. Les tensions des muscles périthoraciques freinent le jeu costal et imposent un surcroît de travail ventilatoire important.

La mise en jeu des accessoires respiratoires est parfois entravée par leurs contractures qui apparaissent avec les mauvaises postures du tronc, du cou et des épaules, et les lésions des segments intervertébraux cervicaux. Cette augmentation des résistances musculaires peut être aggravée par des phénomènes psychologiques tels que dépression ou angoisse.

La prise de poids précipite l'insuffisance respiratoire du fait de l'entrave au jeu diaphragmatique et à l'augmentation du travail ventilatoire.

L'évolution d'une scoliose ou d'un bassin oblique conduit aux mêmes conséquences.

L'introduction de médicaments déprimant les centres respiratoires (neuroleptiques, certains antalgiques...) peut décompenser une insuffisance respiratoire.

L'entretien de la liberté thoracique est fondamental : qualité des tissus, muscles périthoraciques, disposition correcte du diaphragme avec respect de la liberté sous-diaphragmatique. Les médicaments déprimant les centres respiratoires sont évités.

Les articulations périphériques

Elles subissent également les contraintes d'une mauvaise gestion liée à une déficience du contrôle musculaire, aggravée par l'altération de l'infrastructure osseuse et articulaire, corrélée à la précocité et à l'importance des paralysies.

Les genoux et les chevilles sont les plus concernés. La douleur pénalise la proprioception, le rendement est moins bon. La recherche de l'antalgie modifie les appuis et les plans de travail. Une articulation fonctionnellement précaire peut perdre sa valeur. La décompensation d'un genu valgum ou d'un genu recurvatum peut être lourde de conséquences.

La recherche de la meilleure gestion articulaire est indispensable et doit faire introduire des stratégies "d'économie", voire de protection.

L'esthétique

Ce souci, bien que rarement évoqué, est une constante.

La boiterie, les déformations, l'appareillage, singularisent ces personnes qui attirent le regard ; elles les diffé-

rencient. Ces préjugés apparents captent une partie de l'attention ; la communication est alors perturbée.

Ce problème majeur persiste toute la vie ; il est différent chez le sujet jeune et chez le sujet vieillissant.

Le préjudice esthétique se pérennise quel que soit l'âge. Il crée un handicap supplémentaire important.

L'entretien de la liberté thoracique est fondamental : qualité des tissus, muscles périthoraciques, disposition correcte du diaphragme avec respect de la liberté sous-diaphragmatique.

Le psychisme

Quoiqu'il en soit des traits individuels de la personnalité, la poliomyélite façonne la psychologie.

Les "anciens polio" ont du faire face à une maladie très grave, mettant en jeu le pronostic vital, imposant parfois le "poumon d'acier" dans un contexte de douleurs majeures inoubliables. La famille toute entière était très mobilisée et s'organisait tant bien que mal.

Face à ce handicap, il fallait faire face, lutter pour retrouver son autonomie, et prouver tout compte fait que les pénalités étaient surmontées, et finir par s'insérer dans la société, plutôt mieux que les autres. Le handicap était alors gommé psychologiquement et socialement. Cette démarche a imposé des efforts parfois surhumains et c'est à ce prix que la vie fut possible.

L'insertion était le fait de l'individu ; elle n'était pas organisée par les instances publiques. Les contraintes

architecturales étaient nombreuses, les modes de déplacement très réduits et non adaptés.

La perte d'autonomie liée à un problème intercurrent réactive ces souvenirs. De plus, la perte d'une fonction engendre la dépendance, difficile à admettre d'autant qu'elle peut compromettre les choix de vie (domicile, vie familiale, activité professionnelle...).

L'accompagnement psychique et social au sein de l'équipe multidisciplinaire est indispensable à chaque épreuve qui réactive les craintes du sujet, même si la lésion en cause est en apparence bénigne pour le soignant.

Conduite à tenir

Le sujet atteint de séquelles de poliomyélite impose des contrôles réguliers afin d'assurer le meilleur usage possible du corps, de détecter les causes intercurrentes de dysfonctionnement et décrypter les lésions débutantes.

Il faut être à l'affût des modifications, parfois minimes, dont l'expression fonctionnelle est diversifiée et modifiée par les interférences psychiques (cause et conséquence).

Il est indispensable d'avoir à disposition :

- un bilan articulaire ;
- un bilan musculaire ;
- un bilan d'indépendance ;

dont les qualités ne doivent pas être remises en cause afin de comparer les éventuelles modifications dans le temps.

Ce n'est qu'à ce prix qu'une démarche raisonnable s'installe, et pour l'intéressé et pour le soignant.

Tant que le sujet est physiologiquement jeune, les bilans peuvent être quinquennaux, la qualité des tissus, le

La polio et son vieillissement : comment en organiser la prise en charge ?

rythme de vie..., assurent une infrastructure corporelle qui ne se modifie pas de façon nette.

Ils seront ensuite proposés par exemple tous les deux ans et demi.

Les défauts orthopédiques sont surveillés par des radiographies prises dans des conditions identiques pour pouvoir être comparées. Toute modification d'un interligne du genou, toute altération d'un segment intervertébral, conduit à un surcroît de surveillance et à la mise en route d'un éventuel programme rééducatif ou orthopédique spécifique.

La prise de poids est guettée, prévenue et éventuellement traitée après un bilan si celui-ci est médicalement justifié.

Les difficultés psychosociales sont analysées, puis réglées au mieux.

Les tensions et contractures sont recherchées et prises en charge pour

éviter l'accroissement des résistances et des contraintes.

La capacité vitale est évaluée. Ses modifications en font rechercher la cause pour gérer les deux versants du problème (cause-conséquence).

Le muscle est l'objet de toutes les attentions ; pour garder sa trophicité il doit être détendu : toute tension persistante voire toute contracture modifie son infrastructure et donc son fonctionnement à venir. Toute variation impose une reprogrammation neuromusculaire, non seulement analytique mais également régionale et globale.

Les arrêts maladie, qui imposent une diminution de l'activité musculaire, peuvent justifier une reprogrammation pour ne pas laisser s'installer de petites pertes qui s'accumuleront dans le temps. Tout retard pris par rapport au futur est une aggravation potentielle de l'indépendance et de la qualité de vie.

L'éventuelle post-polio, qui reste rare, fait l'objet d'une prise en charge spécifique, comme toute nouvelle affection.

En conclusion

La poliomyélite et ses séquelles impose un enseignement afin que sa connaissance permette une prise en charge rigoureuse tout au long de la vie puisque, une fois la phase aiguë terminée, la croissance et le vieillissement modifieront les paramètres. Toute atteinte supplémentaire peut altérer la qualité de vie et se traduire par une perte d'indépendance.

La rigueur des bilans et leur comparaison dans le temps sont nécessaires à l'élaboration d'un diagnostic précis et d'une prise en charge thérapeutique spécifique. ■

Indexation Internet :
Rachis – Muscle
Psychologie

Bon de commande

à adresser à la **SPEK**
24, rue des Petits Hôtels, 75010 Paris
Tél. : 01 44 83 46 46 – Fax : 01 44 83 46 47
www.librairiespek.com
SARL de Presse au capital de 23 000 €
R.C. Paris 74 B 7395

NOM, Prénom

Adresse

Désire recevoir le Vade-Mecum
de kinésithérapie au prix de **50 €** (réf. LD2401),
que je règle, à l'ordre de la SPEK, par :

chèque n°

CB (Carte bleue, Visa, Eurocard-Mastercard)

n°

Date d'expiration :

A, le

Signature du titulaire de la carte obligatoire



Nouveauté

Le Vade-Mecum de kinésithérapie s'est imposé depuis vingt ans comme un classique indispensable à tous les praticiens concernés, qu'ils soient prescripteurs ou thérapeutes. Tant l'étudiant ou le jeune diplômé que le praticien confirmé y trouveront une multitude de renseignements utiles concernant la technique mais surtout la pathologie et les grandes lignes du traitement à suivre.

Évolution, délais, modalités d'exécution, contre-indications et complications sont autant d'éléments dont le lecteur peut prendre connaissance rapidement et au moment opportun grâce à un index extrêmement complet et une classification basée essentiellement sur la pratique.

Cette cinquième édition a été complètement actualisée et a bénéficié de la collaboration de nombreux spécialistes qui ont mis toute leur expérience au service des kinésithérapeutes.

VADE-MECUM

de

KINÉSITHÉRAPIE

Yves Xhardez et collaborateurs

Réf. LD2401 – **50 €**



Frais de port et d'emballage : 6 €

n° 430
février 2003 **KS**