



La réadaptation post-opératoire



Association
québécoise de la
physiothérapie

Rehab post-op

- Principes généraux :
 - Les patients en général ont beaucoup d'anxiété et énormément de questions dans le contexte post-op.
 - L'objectif de la rencontre d'évaluation est d'établir un contact positif avec le patient et de le rassurer au sujet de ses nombreuses questions par rapport à la chirurgie.
 - Les patients en post-opératoire ont quasiment tous mal de façon aigue, il est nécessaire de revoir avec eux leur plan d'analgésie (médication prescrite, adhérence aux prescriptions du médecin, horaire de douleur).

Protocoles post-op

- Les protocoles de physio établis en post-op ne sont pas une prescription de traitement dictant la prise en charge de semaine en semaine.
- Les protocoles sont des guides établis pour orienter la séquence et la progression des objectifs en physio. Ils contiennent également les restrictions en fonction des structures lésées.
- Trop souvent, on progresse dans les étapes des protocoles sans avoir atteint les objectifs de l'étape précédente.

Séquence générale de réhabilitation post-op

- D'abord, il faut restaurer les amplitudes articulaires. Cette étape est souvent la plus cruciale de toutes les interventions chirurgicales.
- On peut accepter un certain niveau de douleur à cette étape, car le regain des amplitudes articulaires doit se faire dans les premières semaines post-op, il sera impossible de les regagner plus tard.
- En l'absence de restrictions spécifiques, si l'on se situe encore loin de l'objectif en terme de ROM passif à 6 sem, ou si l'on atteint un plateau dans les premières semaines, il faut se questionner sérieusement sur notre démarche.

Séquence générale de réhabilitation post-op

- Une fois les amplitudes passives rétablies, on se concentre sur la correction des patrons de mouvement et sur le ROM actif
- Pour plusieurs patients opérés, faire du ROM actif est équivalent à faire du renforcement et nécessite un bilan musculaire détaillé pour identifier les faiblesses musculaires à prioriser pour corriger le patron de mouvement (évidemment, on n'évalue pas les structures lésées si le protocole nous le permet pas)

Séquence générale de réhabilitation post-op

- Lorsque les amplitudes passives sont complètes et que les restrictions sont levées, on passe à la phase de renforcement.
- Dans la phase de renforcement (et ceci s'applique à tout patient en démarche de réadaptation), la douleur significative n'est pas tolérée
- Le no-pain/no-gain n'est pas une stratégie efficace de renforcement en réadaptation.

Comment trouver la bonne intensité ?

- Lors des exercices de renforcement, d'abord il faut diminuer le nombre d'exercices prescrits et s'assurer de la bonne exécution des exercices pour le patient. Viser maximum 4-5 exercices, 30 minutes maximum.
- Diminuer le nombre d'exercices augmente la compliance de la part du patient et en général est associé à une meilleure qualité de mouvement lors de l'exécution des exercices
- On peut tolérer une légère augmentation de la douleur du patient lors de l'exécution de l'exercice mais qui doit absolument disparaître 1-2h post traitement. Autrement, on entre dans un cercle vicieux d'amplification de douleur qui est nuisible.

Séquence générale de réhabilitation post-op

- Lorsque la force de l'articulation est rétablie (<10-15% de déficit par rapport au côté contra-latéral), l'on commence à introduire des exercices complexes fonctionnels, axés vers un retour au sport/travail
- Lorsque le patient est en mesure d'exécuter les tâches exigées par son travail/sport, la démarche de réadaptation se conclue

Tips and tricks

- Pour avoir du succès, il est indispensable de se remettre en question.
- Il faut valider toutes ses interventions pour en confirmer l'efficacité
- Il faut demander conseil si le patient n'évolue pas selon nos attentes
- Il faut travailler autant l'aspect psychologique que physique du patient par rapport à sa lésion.

Troubleshooting

- Monsieur X a eu une chirurgie de réparation de coiffe des rotateurs il y a 2 semaines.
- Il est en grande douleur, ne dort pas la nuit et s'inquiète s'il sera un jour normal, ça fait déjà 2 ans qu'il a de la douleur à l'épaule. Il porte son attelle de Stevenson 24h/24 et ne s'est pas lavé depuis la chirurgie.
- Quoi faire ?

Monsieur X

- Vérifier avec le patient s'il prend sa médication (vous serez surpris de constater le nombre de patients qui ne prennent pas leur médication malgré la douleur)
- Rassurer le patient quant à la normalité d'être en douleur 2 semaines post réparation de coiffe.
- Mobiliser le coude et le poignet et la main du patient pour établir le contact avec le patient, l'encourager à bouger et le rassurer qu'on sera à l'écoute de sa douleur.
- Évaluer les amplitudes passives du patient très doucement sans insister pour établir une ligne de base.
- Lui enseigner les stratégies de base pour son hygiène personnelle et revoir avec lui toutes les restrictions post-op mais aussi toutes les choses permises (les patients vont souvent soit complètement ignorer les restrictions ou s'en imposer davantage que celles requises).

Monsieur X

- À la 2^e séance, Monsieur X a toujours de la douleur mais moins, il bouge le coude et le poignet, il a pris sa médication avant son RV de physio
- L'objectif de la séance est de travailler les amplitudes passives du patient en flexion et rotation externe. On avertit le patient que cette phase de regain de mouvement sera inconfortable mais bien nécessaire. Il faut y aller progressivement dans le respect de la douleur du patient mais en gardant un œil attentif aux objectifs de réadaptation (progression constante à chaque semaine, idéalement amplitudes près de la normalité vers 8 semaines post-op)

Monsieur X

- Si la relation est bien établie, le patient sera capable de tolérer un inconfort temporaire lors de la séance. Il est important de savoir comment bien doser le moment où on pousse et quand on lève le pied.
- Lors des mobilisations, la douleur peut monter à un niveau élevé en fin de mouvement, à condition d'être temporaire et de redescendre rapidement lorsque l'on retrouve une position plus neutre.
- Une douleur constante qui ne fluctue pas avec les mobilisations est une douleur qui peut être inquiétante en fonction de son intensité (pourrait indiquer une douleur de type CRPS)
- Les amplitudes atteintes lors de la séance doivent être mesurées au goniomètre

Monsieur X

- L'idée de mesurer constamment les amplitudes et de faire des bilans musculaires permet d'objectiver la progression.
- Cela permet également de motiver les patients et de les rendre partenaires dans leur démarche de réadaptation (élément beaucoup plus crucial que l'on croit).

Erreurs les plus fréquentes

1. Ne pas mesurer
2. Ne pas vérifier l'activation musculaire lors des exercices
3. Ne pas vérifier l'exécution des exercices par le patient
4. Ne pas s'assurer de l'adhérence du patient au plan de traitement
5. Progresser trop rapidement dans les protocoles
6. Poursuivre la même démarche thérapeutique même lors de l'atteinte de plateau