



PARAPLÉGIE ET SPORT

PLUS QU'UNE NÉCESSITÉ, UNE ÉVIDENCE

Dr Dominique-Jean Bouilliez, d'après une interview avec le Dr Sophie Lambrecht

Le nombre des personnes paraplégiques et tétraplégiques ne cesse d'augmenter, le plus souvent après un accident. Il s'agit le plus souvent d'hommes âgés de 18 à 32 ans. Actuellement, correctement traitées, leur espoir de vie est comparable à celui d'une personne valide, ce qui explique leur nombre grandissant. Maintenir une activité physique régulière est vital pour elles car cela recrée de la masse musculaire et favorise la circulation sanguine, ce qui permet de réduire les maladies liées à l'immobilité, notamment les escarres, les problèmes de tension sanguine et de fragilité osseuse, ainsi que la spasticité musculaire. Au-delà de ces bienfaits physiques, la pratique du sport constitue une activité valorisante pour les personnes paraplégiques, avec une incidence positive sur le bien-être général. Le point avec le Dr Sophie Lambrecht, spécialiste en médecine physique, attachée au service de médecine du sport de l'UCLouvain, qui accompagnera les athlètes paralympiques belges aux jeux de Tokyo.



Dr Sophie Lambrecht

Les bénéfices de l'activité physique, ainsi que du sport autant individuel que collectif, sont multiples et variés pour la population générale, mais aussi chez le sujet paraplégique, pour lequel l'activité physique fait partie intégrante du programme de révalidation. Les bienfaits généraux sont connus: bouger permet d'être mieux physiquement et psychologiquement, diminue le risque de cancer et de maladie cardiovasculaire, permet le maintien du poids, et améliore la qualité du sommeil et l'estime de soi.

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE: UNE NÉCESSITÉ INCONTOURNABLE

«Bien que l'activité physique soit importante pour tous, elle l'est encore plus pour une personne qui vit avec un handicap, car elle est plus à risque de développer des maladies cardiovasculaires et chroniques liées notamment à la sédentarité. Ils doivent donc, plus que les autres, bouger, souligne le Dr Lambrecht, et les soins classiques, tels que la kinésithérapie de mobilisation des jambes, ne suffisent pas à cet effet.» Pratiquer un sport permet aussi aux personnes handicapées de sortir de chez elles et d'avoir des rapports sociaux, et donc une meilleure qualité de vie et une meilleure santé psychologique, tout en renforçant leur autonomie et leur image de soi. Fort heureusement, signale le Dr Lambrecht, les patients

paraplégiques ont, dans la plupart des cas, eu un contact étroit avec le sport dans les centres de révalidation. Ils ont ainsi pu entrer en contact avec d'autres patients ayant vécu le même problème qu'eux, ce qui facilite leur acceptation de la paraplégie et les confronte aux bénéfices de l'esprit d'équipe. Encore faut-il qu'ils persistent dans la pratique une fois sortis du centre de révalidation, ce qui est plus fréquent chez les patients qui faisaient déjà du sport avant leur accident. La plupart tentent d'ailleurs de poursuivre dans le sport qu'ils pratiquaient auparavant, avec des aménagements évidemment. «Ils sont d'ailleurs encouragés dans ce sens par la plus grande ouverture des salles de sport à leur handicap», constate le Dr Lambrecht.

LE MOUVEMENT PARALYMPIQUE: UNE RÉFÉRENCE

Quelle que soit l'affinité du patient pour un sport, le mouvement paralympique permet, à travers notamment les informations qu'il délivre sur son site, mais aussi avec les deux associations qui le constituent, de faire le choix du sport qui tiendra le mieux compte de ses aspirations, de son handicap et de l'impact fonctionnel. Le niveau fonctionnel auquel se situe l'athlète lui permettra alors d'identifier le groupe avec lequel il sera autorisé à concourir, «ce qui explique qu'un paraplégique L4 pourra concourir par exemple avec une personne amputée des deux jambes à hauteur des cuisses».

Outre la vessie neurogène, la dysréflexie autonome infralésionnelle est un autre problème classique.

QUELLE SURVEILLANCE SPÉCIFIQUE CHEZ L'ATHLÈTE PARAPLÉGIQUE?

Prévenir est mieux que guérir

«C'est essentiellement la prévention des lésions du membre supérieur qui les distingue des autres athlètes que nous suivons, souligne le Dr Lambrecht, car ils ont besoin de leurs membres supérieurs dans la vie de tous les jours pour garantir leur autonomie et pour leur aptitude à pratiquer leur sport.» À côté de ce risque, il faudra veiller à réduire, voire à abolir le risque d'escarre et d'infection urinaire, ce qui est commun à tous les paraplégiques, sportifs ou non. «Pour les personnes qui peuvent se déplacer avec l'aide d'une prothèse, on se focalisera par contre sur la prévention des lésions du membre inférieur.»

Chez les paraplégiques en chaise roulante, on veillera aussi à une bonne prévention des lésions, des inflammations et des contractures au niveau de la nuque, car ils utilisent beaucoup leurs muscles antérieurs, en demandant au kinésithérapeute de relaxer au maximum les muscles du haut du dos et de la nuque.

Lésions traumatologiques et affections médicales

Quoi qu'il en soit, et quelle que soit la symptomatologie, il faudra faire la part des choses entre les lésions traumatologiques et celles qui ont un substrat médical. En traumatologie, il est souvent question de lésions aiguës, consécutives à une chute par exemple. Mais il ne faut pas oublier les lésions chroniques, dites de surcharge, pour lesquelles il faudra effectuer un travail de prévention. Quant au plan médical, les paraplégiques souffrent régulièrement d'infections urinaires, qui se traduisent par de la température ou une augmentation de la spasticité musculaire, car ils ne perçoivent pas directement les signes en provenance de la vessie. Toute spasticité anormale doit donc faire penser à une infection urinaire, que l'on rencontre plus fréquemment chez les personnes qui ont un cathéter à demeure que chez celles qui se sondent régulièrement (tous les 3-4 jours).

Il faut également être attentif au risque d'ostéoporose sous-lésionnelle, qui se traduit souvent par des fractures

occasionnées lors d'une chute banale. Ces ostéoporoses sont souvent difficiles à diagnostiquer à la radiographie, «raison pour laquelle je demande systématiquement une IRM ou un scanner si la clinique plaide pour une fracture».

La peau à protéger

Les plaies du moignon chez les amputés et les escarres chez les paraplégiques en chaise doivent faire l'objet d'une attention particulière. Pour ce faire, on leur demandera de changer de position aussi souvent que possible pour répartir les pressions, et on examinera leur peau et la présence de rougeurs annonciatrices d'un risque d'escarre à chaque examen clinique, car ils ne perçoivent pas la douleur liée à une inflammation locale ou à une infection. On examinera aussi le coussin de la chaise et l'absence de plis suspects sur celui-ci.

Un système cardiovasculaire fragile

Ces patients présenteront aussi plus fréquemment que le commun des mortels, du moins au cours des premiers mois de la paraplégie, des chutes de tension, liées notamment à l'absence de retour veineux. Dans ce contexte, il faut les stimuler au port de bas de contention. On veillera également à ce qu'ils se nourrissent et s'hydratent correctement. Cela dit, si la plupart des paraplégiques s'adaptent à ce risque avec le temps, le risque de rechute est bien réel lors d'une activité physique, surtout au cours des premiers mois de pratique.

Dysautonomie: une spécificité à garder à l'œil

Outre la vessie neurogène, la dysréflexie autonome infralésionnelle est un autre problème classique, car les douleurs d'origine infralésionnelle ne sont pas perçues: vessie trop remplie, lésion cutanée enflammée ou infectée, fracture, tendinite... Elles se traduisent par une vasoconstriction globale avec hypertension, qui peut être sévère, auquel cas il s'agit d'une urgence médicale, car le risque d'hémorragie intracrânienne est bien réel. Le premier réflexe en cas d'hypertension sera de relever le patient paraplégique, en position debout lorsque c'est possible, sinon en position assise afin de provoquer une hypotension orthostatique. Ensuite on traitera la cause. «Ce risque a conduit à introduire dans les critères de participation à une compétition la mesure de la pression artérielle, ajoute le Dr Lambrecht. Certains athlètes jouent d'ailleurs avec cette variabilité tensionnelle car une dysréflexie à minima peut les aider à mieux performer (on appelle ce phénomène le boosting), en clampant leur cathéter pour augmenter la pression intravésicale et provoquer une dysréflexie contrôlée.»

Sur le plan nutritionnel, on leur demandera de veiller à respecter une nutrition équilibrée et à éviter les fécalomes grâce à une bonne hydratation.

Un squelette à ménager

Sur le plan musculo-squelettique, ces patients présentent aussi, outre l'ostéoporose déjà citée, de fréquents problèmes de conflit articulaire – syndrome du canal carpien, syndrome du canal de Guyon et syndrome du tunnel ulnaire – parfois difficiles à diagnostiquer en cas d'origine cérébrale de la pathologie médullaire. «*Ces syndromes sont à prendre en charge de manière relativement agressive car la perte de leur membre supérieur leur fait perdre leur autonomie*», souligne-t-elle. On rencontre également plus souvent chez eux des neuropathies, tandis qu'il faudra veiller à éviter les problèmes de spasticité musculaire et prévenir les contractures, car certains muscles, sous l'influence favorisante de la spasticité et de l'absence de mouvement, diminuent de longueur et se rétractent, ce qui peut entraîner des déformations des membres: équinisme des pieds, flexum des genoux, flexum des hanches, voire flexum des coudes (chez les tétraplégiques).

UNE MISE AU POINT ATTENTIVE

«*Lorsque nous voyons un patient qui souhaite débiter un sport, nous commençons évidemment la mise au point par un examen de non-contre-indication, passant comme chez tout sportif par une anamnèse familiale et personnelle élaborée, ainsi que des examens cliniques cardiovasculaire, musculo-squelettique et cutané complets. On sera aussi très attentif chez les personnes avec amputation congénitale, car celle-ci est souvent liée à d'autres anomalies, cardiovasculaires notamment, susceptibles de mettre en danger au cours de la pratique sportive*», signale-t-elle.

«*Pour terminer, j'aimerais évoquer les patients plus âgés, car ils consultent généralement beaucoup moins pour leur sport, parce qu'ils sont saturés de conseils et de consultations, et parce qu'ils ont appris à gérer leur corps au cours de l'effort. Chez ces patients, il faut pouvoir lâcher du lest, de manière à ne pas les voir disparaître dans la nature...*»

UNE PRÉPARATION AUX JEUX PARALYMPIQUES QUI COMPORTE QUELQUES SPÉCIFICITÉS

Leur préparation est très parallèle à celle des athlètes olympiques, constate le Dr Lambrecht, avec cependant

un accent particulier mis sur l'adaptation à la chaleur, car ils ont des problèmes de thermorégulation et sont donc à risque d'hyperthermie. C'est surtout le cas des athlètes qui font du cyclisme sur route en *handy-bike*, car ils sont très bas sur le sol, et donc beaucoup plus soumis aux phénomènes de réverbération. Nous sommes attentifs aussi à les placer dans les meilleures conditions pour le voyage en avion. Car, si les valides ont la possibilité de bouger afin d'éviter les problèmes de stase veineuse, ce n'est pas le cas des paraplégiques vissés sur leur fauteuil pour la durée totale du voyage. Cela dit, ces athlètes sont généralement bien entourés, avec une équipe comprenant des kinésithérapeutes, des entraîneurs, des préparateurs physiques, des psychologues...

POUR CONCLURE

Chez la personne blessée médullaire, le passage soudain et irréversible à l'état de malade chronique est souvent suivi d'une difficulté à recréer un équilibre émotionnel entre le sujet et son corps (réappropriation corporelle), ainsi qu'entre le sujet et son environnement (identité sociale). Cette difficulté est responsable du refus pour la personne blessée médullaire de renouer des contacts avec le monde social, de s'engager dans les activités de la vie quotidienne, de vivre une vie qui en «vaut la peine». C'est lorsque le blessé médullaire sort de la phase de *nursing* pour réaliser ses premiers exercices physiques que se crée la rupture de l'image du corps. Être paraplégique, c'est développer alors, au fil des jours de rééducation, un sentiment «d'incapacité» et «d'inutilité», le corps paralysé s'interposant dans la mise en mouvement, où «faire» n'est plus comme avant l'accident, ni comparable à ce que font les «autres», valides, dans l'instant présent. Se reconstruire, c'est singulièrement recouvrer une unité corporelle et ré-éprouver un corps plaisir. La pratique sportive est alors une composante de la vie sociale favorable au remodelage de l'aspect fantasmagique du corps brisé et à l'accompagnement à la reconstruction identitaire individuelle et sociale. Elle a conduit de nombreux paraplégiques à l'ériger en philosophie de vie. (Jean-Marc Barbin, in «L'épreuve du corps paralysé dans l'apprentissage sportif») ■

Pour en savoir plus:

1. Vanlandewijck Yves, Thompson W. Training and Coaching the Paralympic Athlete: Handbook of Sports Medicine and Science. Wiley Blackwell Ed. 2016. ISBN:9781119044338
2. Vanlandewijck Yves, Thompson W. The paralympic athlete. Wiley Blackwell Ed. 2011. ISBN-13: 978-1444334043