

## Cas clinique n°2

Vous recevez une demande d'admission pour Me G, 64 ans qui a récemment (J10) bénéficié d'un **triple pontage aortocoronarien**. Les suites opératoires ont été relativement simples.

Pas d'autres antécédents, pas de traitement anticoagulant au long court.

La patiente vit **seule** (veuve) et a deux (grands) enfants dont elle est très proche. Elle est récemment retraitée (directrice de résidence étudiante) et était 100% autonome avant son hospitalisation. Elle **vit à ~1h** de votre centre de rééducation.

## Cas clinique n°2

Elle présente les FdRCV suivants : **stress**, **tabac sevré** (de longue date), **hérédité** (père décédé d'un SCA, mère porteuse d'un PM), dyslipidémie.

A l'examen cardio vasculaire : la **fatigue** apparaît en premier plan. Une légère **dyspnée d'effort** persiste. Le pouls est régulier. Il n'y a plus de douleurs d'angor mais des **douleurs pariétales** en lien avec la sternotomie « contrarient » fortement votre patiente.

Vers quel(s) type(s) de prise en charge orientez-vous votre patiente:

- A) Hospitalisation complète
- B) Hospitalisation de jour
- C) Prise en charge ambulatoire
- D) Kinésithérapie libérale

Vers quel(s) type(s) de prise en charge orientez-vous votre patiente:

A) Hospitalisation complète

B) Hospitalisation de jour

C) Prise en charge ambulatoire

D) Kinésithérapie libérale

Quels tests effectuez-vous pour évaluer les capacités à l'effort de votre patiente?

Quels tests effectuez-vous pour évaluer les capacités à l'effort de votre patiente?

- test d'effort
- test de marche de 6 minutes

L'épreuve d'effort effectuée chez votre patiente retrouve:

- Une puissance développée de 95W, une FC de repos à 61 / FC en fin d'effort à 97
- Une TA de repos à 10/6 / fin effort 11/7
- Critère d'arrêt : fatigue musculaire

La patiente est acceptée en rééducation hospitalisation complète.

Au TM6 initial, elle parcourt **330m** (FC à 95bpm en fin d'effort).

Concernant ses activités physiques antérieures, il s'agit d'une femme très « dynamique » qui ne supporte pas « l'oisiveté » et qui depuis la retraite s'astreignait à **marcher 1h à 1h30 quotidiennement + 2 séances de vélo d'appartement de 45' à 1h/sem.**

Néanmoins depuis quelques mois, elle avait levé le pied

## Cas clinique n°2

Au bilan/interrogatoire kinésithérapique initial, on ne retrouve aucun déficit moteur ou sensoriel. La dyspnée est en amélioration. On constate une **hypoventilation post-opératoire** classique en lien avec ses douleurs pariétales ainsi qu'une **fatigabilité** « accrue » très mal vécue par la patiente. Elle « ne se reconnaît plus » depuis l'intervention.

Les rééducateurs l'orientent vers vous afin d'aborder ces thématiques. Votre examen cardio-vasculaire est normal (pas de souffle ni de signe de décompensation cardiaque), plages pulmonaires libres à l'auscultation.

Comment la rassurez-vous ? Quels tests/examens lui proposerez-vous avant d'envisager une modification de ses traitements ?

Insister sur le caractère potentiellement normal de cet état compte-tenu de la lourdeur de l'intervention, anesthésie

Réassurance sur le fait qu'un « cap » sera probablement passé d'ici 10/15j.

Test hypotension orthostatique face à cette « fatigue » et/ou évaluation des traitements notamment betaBl

Recherche éventuelle à l'interrogatoire d'un SAOS

Biologie: bilan standard: anémie post-opératoire?

Troubles ioniques, insuffisance rénale?

Les rééducateurs poursuivent le travail d'ampliation thoracique initiée en chirurgie avec Me G. Comment procéder ?

**Spirométrie** incitative

**Ventilation dirigée** (abdomino-diaphragmatique)



Surveillance de l'encombrement et **conseils de drainage** chez une patiente probablement autonome à ce stade

Travail en **ouverture thoracique** avec bâton (dans les limites autorisées par la sternotomie)

Travail de la micro-mobilité thoracique via exercices d'**assouplissement/étirement**

Sollicitations motrices diverses et variées (le **mouvement** sous toutes ses formes restant la technique de choix pour lever petit à petit toutes ces sidérations).

## Cas clinique n°2

En parlant de limites liées à la sternotomie, quelles sont-elles ?

- attention port de charge,
- éviter mouvements dissociés par exemple lors du renforcement musculaire segmentaire,
- éviter écartement des bras

## Cas clinique n°2

Le reste de la rééducation suivra les mêmes principes que ceux présentés lors du cas numéro 1 pour le réentraînement à l'effort

- Fréquence au moins 3 séances par semaine!
- Durée minimale 20-30 minutes, durée préférentielle 45-60 min, varier les ergomètres
- Intensité modérée : En fonction du référentiel :  
45-59% VO<sub>2</sub> max, 55-69% de la fréquence cardiaque maximale, 4-6 METs, 12-14 du score de Borg, conversation possible lors du talk test.
- Augmentation progressive de l'intensité, ajout efforts en créneaux par la suite

A votre demande, les premières séances de réentraînement sont réalisées sous télémétrie. Lors d'un effort sur vélo 25/50/25W, la télémétrie signale plusieurs doublets ainsi que quelques passages en bigéminisme. Au test d'effort, quelques ESV (uniquement) étaient déjà présentes.

Les rééducateurs vous appellent pour connaître la conduite à tenir.

Fréquent post SCA

Evaluation de la tolérance Clinique (douleur, dyspnée, TA)

Recherche d'un nouvel épisode SCA à l'ECG

Prudence lors de la progression au réentraînement

Poursuite surveillance télémétrie

Holter ECG

Adaptation traitement bêtabloquants

Si persistance au repos, refaire écho Coeur voir test d'effort

Après quelques jours de rééducation, les choses rentrent dans l'ordre. Les troubles du rythme se raréfient de + en +. Les troubles ventilatoires sont en amélioration également et Me G progresse sur les différents ergomètres. Les TA sont également tout à fait satisfaisantes. **Me G décrit pourtant toujours se sentir « plus fatiguée qu'elle ne devrait ».**

Parallèlement, elle confie aux rééducateurs et à l'équipe paramédicale souffrir de plus en plus des repas proposés par l'hôpital. Habitué à manger tantôt « sur le pouce » tantôt « trop riche » en fonction de ses impératifs professionnels, elle ne parvient pas à trouver son compte dans les repas très « cadrés » et à horaires « latins » pour le petit-déjeuner, « british » pour le dîner. Il en résulte qu'**elle ne mange quasiment pas** ce qui lui est proposé et qu'elle se sustente essentiellement avec des **madeleines** et autres **gâteaux** amenés par ses visites.

Que vous évoque ce tableau ? CAT ?

## **Que vous évoque ce tableau ? CAT ?**

Dénutrition ?

Consultation diététique ?

Rappel sur l'importance des apports dans un contexte rééducatif où les dépenses sont certaines, bilan nutritionnel avec questionnaires

ETP alimentation

**Quels sont les grands principes du régime méditerranéen?**

# le régime méditerranéen

## AU COEUR DE MON ASSIETTE

CENTRER MES REPAS SUR :

LEGUMES VERTS CRUS  
OU CUITS

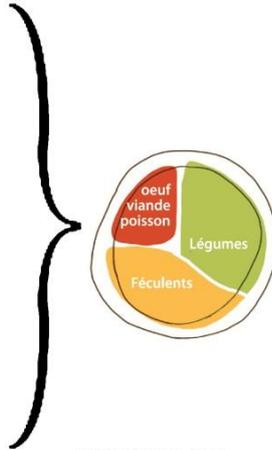
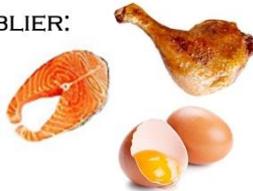


PAIN ET/OU CEREALES,  
POMMES DE TERRE,  
LEGUMES SECS



SANS OUBLIER:

POISSON, VOLAILLES,  
OEUFS,  
VIANDES DEGRAISSEES



ACCOMODER LE TOUT AVEC :



TRES PEU



DE PREFERENCE

MOINS DE SEL  
UTILISER EPICES  
ET AROMATES



COMPLETER PAR :



DES LAITAGES DEMI-ECREMES



OU



UN PEU

ET



DES FRUITS

EVITER:



CHARCUTERIES, PATISSERIES SALEES OU SUCREES,  
SUCRERIES, PLATS PREPARES, FRITURES



CAFE, THE  
VIN AVEC MODERATION

Apports en oméga 3 (acides gras polyinsaturés) par poissons (saumon, thon, sardine, hareng, truite, flétan, maquereau), noix, légumes verts, huiles végétales.

Objectif de ne pas dépasser un ratio Oméga-6 / Oméga-3 de 5/1

Attention aux oméga 6

Objectif de ne pas dépasser un ratio Oméga-6 / Oméga-3 de 5/1 (18/1 en France actuellement!)

Attention à l'alcool (moins de 0,5 verre par jour) , aux plats préparés

Attention au grignotage, régimes restrictifs...

Fournir idées recettes aux patients

## Questionnaire alimentaire

1. **Consommez-vous du fromage ? (1 portion = 1/8<sup>ème</sup> de camembert = 30 g)**
  - a) moins de 2 portions par semaine
  - b) 3 à 6 portions par semaine
  - c) 1 portion par jour
  - d) 2 portions par jour
  - e) 3 portions par jour ou plus
2. **Consommez-vous de la viande? (hors volailles)**
  - a) 0 à 2 fois par semaine
  - b) 3 à 6 fois par semaine
  - c) 7 fois par semaine ou plus
3. **Consommez-vous du poisson (frais, surgelé, ou en conserve) ?**
  - a) moins d'une fois par semaine
  - b) 1 fois par semaine
  - c) 2 à 3 fois par semaine
  - d) 4 fois par semaine ou plus
4. **Consommez-vous de la charcuterie (y compris saucisses, cassoulet, choucroute) sauf le jambon dégraissé ?**
  - a) 0 à 1 fois par semaine
  - b) 2 à 3 fois par semaine
  - c) 4 à 6 fois par semaine
  - d) 7 fois par semaine ou plus
5. **Consommez-vous des quiches, tartes salées, pizzas, friands, sandwichs du commerce ?**
  - a) 0 à 1 fois par semaine
  - b) 2 à 3 fois par semaine
  - c) 4 fois par semaine ou plus
6. **Consommez-vous des frites ?**  
fréquence : ..... par semaine
  - frites « maison » à l'huile , type d'huile : .....
  - frites « maison » à la végétaline
  - frites au four surgelées
  - restaurant ou self
7. **Consommez-vous des viennoiseries (croissants, brioches etc...), ou des pâtisseries du commerce ?**
  - a) 0 à 1 fois par semaine
  - b) 2 à 4 fois par semaine
  - c) 5 fois par semaine ou plus
8. **Consommez-vous des fruits et pur jus de fruits : 1 portion = 1 fruit moyen = 1 verre de jus de fruit (200 ml)**
  - a) 0 à 2 portions par semaine
  - b) 3 à 6 portions par semaine
  - c) 7 à 13 portions par semaine (au moins 1 fruit par jour)
  - d) 14 portions par semaine ou plus (au moins 2 fruits par jour)

## Cas clinique n°2

1. **Actuellement, consommez-vous des noix ?**
  - oui, quantité par jour.....
  - non
2. **Consommez-vous des légumes cuits et soupe de légumes : 1 portion = 1 assiette ou 1 bol**
  - a) 0 à 2 portions par semaine
  - b) 3 à 7 portions par semaine
  - c) 8 portions ou plus par semaine
3. **Consommez-vous des crudités ou salades ?**
  - a) 0 à 2 portions par semaine
  - b) 3 à 7 portions par semaine
  - c) 8 portions par semaine ou plus
4. **Consommez-vous du beurre ? (et crème fraîche) : 1 portion = 1 plaquette individuelle de 10 à 15 g**
  - a) jamais
  - b) cru, 1 portion par jour
  - c) cru, 2 portions par jour
  - d) cru, 3 portions par jour
  - e) cru et utilisé en cuisine (soit plus de 3 portions par jour)
5. **En dehors du beurre, utilisez-vous une autre matière grasse ? (type margarine)**
  - **pour tartiner, assaisonner vos plats chauds ?**
    - non
    - oui, laquelle.....
      - à 1 repas par jour (environ 1 plaquette individuelle)
      - à 2 repas par jour (environ 2 plaquettes individuelles)
      - 3 portions ou plus par jour (plus de 3 plaquettes individuelles)
  - **pour cuisiner ?**
    - non
    - oui, laquelle.....
      - à 1 repas par jour (soit 1 plaquette individuelle)
      - à 2 repas par jour (soit 2 plaquettes individuelles)
6. **Consommez-vous de l'huile ?**
  - **pour vos vinaigrettes ?**
    - non
    - oui, laquelle ?.....
      - 1 assaisonnement par jour (environ 1 cuillère à soupe)
      - 2 assaisonnements par jour (environ 2 cuillères à soupe)
      - 3 assaisonnements par jour (plus de 2 cuillères à soupe)
  - **pour cuisiner ?**
    - non
    - oui, laquelle ?.....
      - à 1 repas par jour (environ 1 cuillère à soupe)
      - à 2 repas par jour (environ 2 cuillères à soupe)

Peu encline à modifier ses comportements (alimentaires), elle vous assure que ce n'est pas « une petite fatigue qui va l'arrêter », qu'elle en « a déjà vu d'autre » et qu'elle compte bien mettre les bouchées doubles en rééducation.

Quelques jours + tard, les rééducateurs vous alertent sur la recrudescence de douleurs sternales. Parallèlement l'équipe soignante s'inquiète à propos d'une cicatrice d'aspect « plus inflammatoire » avec écoulement de coloris « douteux ».

Quels examens et/ou avis préconisez-vous ?

Recherche d'abcès/ collection à la palpation de la cicatrice

Recherche syndrome inflammatoire à la biologie

Recherche température (+- hémocs si  $>38,3$ )

Arrêt doliprane

Avis chir CCV ou consultation pansement si doute

Prélèvement des écoulements hors bloc opératoire inutiles  
car contamination fréquente

Après quelques jours de surveillance/traitement en CCV, Me G vous revient rassurée : elle échappera à la reprise chirurgicale. Lassés par ces contre-temps, elle compte bien « remettre le pied à l'étrier » et reprendre sa marche en avant.

Et c'est ce qu'elle fait. Elle reprend sa progression jour après jour.

Quelques jours + tard, les rééducateurs (encore eux!) vous appellent suite à des **douleurs** dans les deux mollets (G>D) apparus assez subitement selon Me G.

A l'examen, vous constatez un mollet droit chaud et induré. Vous constatez la présence d'un hématome côté gauche. Quels examens complémentaires préconisez ou pratiquez-vous ?

Échodoppler veineux des membres inférieurs et des parties molles.

Le verdict est tombé et vos suspicions s'avèrent vérifiées. Me G souffre d'une TVP surale droite ET d'une déchirure du gastrocnémien médial gauche.

→ Quels traitements mettez-vous en place pour ces deux « lésions » ?

→ CAT à tenir en rééducation ?

Le verdict est tombé et vos suspicions s'avèrent vérifiées. Me G souffre d'une TVP surale droite ET d'une déchirure du gastrocnémien médial gauche.

→ Quels **traitements** mettez-vous en place pour ces deux « lésions » ?

Traitement anticoagulant curatif par HBPM puis relais per os (meilleur contrôle initial pour l'hématome), traitement antalgique.

Le verdict est tombé et vos suspicions s'avèrent vérifiées. Me G souffre d'une TVP surale droite ET d'une déchirure du gastrocnémien médial gauche.

→ **CAT à tenir en rééducation ?**

Attendre que l'anticoagulation soit effective et curative (risque migration thrombus et EP)

POLICE-CANAI – Protection (P), Optimal Loading (OL), Ice (I), Elevation (E), Compression (C), Cardiovascular Activity (CA), No Anti-Inflammatory (NAI).

Effectuer des exercices de renforcement du muscle affecté mais en respectant la douleur du patient, protocole excentrique, exercices proprioceptifs

Pour le réentraînement à l'effort initialement, privilégier les ergomètres peu sollicitants pour le triceps sural

Nous sommes maintenant à quelques jours de la sortie. Me G s'est toujours montrée très intéressée et compliant lors des différents ateliers éducatifs. La thématique abordée aujourd'hui avec elle concerne la **phase III**. Vous et les rééducateurs avez objectivé ce naturel « fonceuse » et voulez réinsister sur quelques points clés pour que les choses se passent bien à la maison.

Lesquels?

Recommandation

Choix des activités

Variation des activités

Respect d'une phase d'échauffement/récupération

Surveillance

Quantification tant du stress cardiovasculaire que du stress mécanique chez cette patiente qui a peut avoir tendance à en faire beaucoup (oubliant ses mois d'interruption d'AP)

Par ailleurs, elle vous assure avoir apprécié les différents ateliers liés à la gestion du stress notamment les séances de relaxation. Elle est persuadée d'en avoir besoin mais doute de ses capacités à mettre des choses en place durablement. Elle se sait « trop pressée » et « impatiente ». Elle ne se sent **pas capable de consacrer beaucoup de temps** à ces techniques.

Que lui préconisez-vous ?

Cohérence cardiaque :

**3** x/j

**6** cpm

**5'**

Cohérence cardiaque :

→ Recentrage sur la ventilation

→ Diminution taux de cortisol

La cohérence cardiaque favorise:

- . Sensation immédiate de bien-être et de calme
- . Harmonisation et augmentation de l'efficacité des différents systèmes du corps (respiratoire, immunitaire, cardiaque et digestif)
- . Augmentation de l'attention et de la concentration
- . Diminution de la douleur
- . Diminution de la réactivité émotionnelle
- . Diminution des troubles du sommeil et de l'anxiété
- . Baisse de la tension artérielle chez les hypertendus / diminution FC
- . Retour plus rapide à l'état d'équilibre lors de stress interne et externe qu'il soit de nature physique ou émotionnelle.