

GMT20250407-123138_Recording_1920x1080.mp4

[00:00:28] Bienvenue à tous. Je vois que les gens sont en train de rejoindre notre webinaire. Donnez quelques minutes pour que les gens se joignent à nous. Les gens sont toujours en train de nous rejoindre. Bienvenue à tous. Euh... Bienvenue à tous. Nous commencerons dans une minute. Bienvenue aux personnes qui participent à ce webinaire. Je vois que le nombre de participants augmente. Je suis ravi de vous compter parmi nous. Nous allons commencer. Nous allons commencer. Bonjour. Bonjour, bon après-midi, bonsoir. Je m'appelle Richard Leger, directeur exécutif de la Fédération mondiale des ergothérapeutes. J'ai le plaisir de vous accueillir à ce webinaire, qui fait partie d'une série de webinaires cliniques visant à présenter aux professionnels de la réadaptation le rôle essentiel de la réadaptation précoce à la suite d'un tremblement de terre. Ces webinaires sont le fruit d'une collaboration entre des associations professionnelles internationales et nos homologues du Myanmar, en soutien aux personnes touchées par le récent tremblement de terre. Au cours des prochains jours, vous aurez l'occasion de participer à différents webinaires cliniques portant sur les fractures, les lésions de la moelle épinière, les lésions cérébrales traumatiques et l'amputation à la suite d'un tremblement de terre. Ces webinaires seront enregistrés et mis à la disposition de ceux qui ne pourront pas se joindre à nous aujourd'hui. Le webinaire d'aujourd'hui se concentrera sur les lésions des nerfs périphériques et fournira des informations importantes sur les techniques de rééducation précoce et la prise en charge en toute sécurité. Les participants auront la possibilité de poser des questions. Veuillez utiliser la fonction "chat" ou la fonction "questions-réponses" du webinaire.

[Si nous n'avons pas le temps de répondre à toutes les questions, nous pouvons fournir un résumé des questions et des réponses et nous le mettrons en ligne avec la vidéo. Lorsque le webinaire sera terminé. Si vous souhaitez être contacté à l'avenir pour des mises à jour sur ces webinaires, pourriez-vous laisser votre nom et votre adresse électronique dans le chat afin que nous puissions vous contacter ? Nous savons que la réhabilitation précoce est un élément essentiel de la réponse aux catastrophes. Elle nous permet d'intervenir au bon moment, en aidant les personnes à optimiser leur récupération fonctionnelle et plus encore. Et surtout, de réduire le risque d'invalidité à long terme. Nous entamons la réadaptation au cours de l'année lorsque nous entamons la réadaptation pendant la phase aiguë des soins. Nous contribuons à prévenir les

complications telles que les contractures, le déconditionnement et les lésions dues à la pression, des problèmes qui peuvent considérablement retarder le rétablissement et avoir un impact sur la qualité de vie. La réadaptation joue également un rôle essentiel dans le maintien de la continuité des soins. Elle fait le lien entre la prise en charge médicale aiguë et la réintégration à plus long terme dans la communauté, en aidant les personnes à reprendre leur vie de la manière la plus sûre et la plus indépendante possible. Mais il ne s'agit pas seulement de résultats physiques. La réadaptation précoce s'attaque également aux conséquences psychologiques et cognitives des traumatismes. Soutenir les personnes au moment où elles sont le plus vulnérables. En intégrant la réadaptation dans nos cadres d'intervention d'urgence, nous renforçons nos systèmes de santé.

[Nous créons une approche plus complète, multidisciplinaire, qui non seulement répond aux besoins immédiats, mais aussi jette les bases d'un rétablissement et d'une résilience à long terme. J'ai maintenant le plaisir de vous présenter Debbie Grey. Debbie est une ergothérapeute senior originaire d'Afrique du Sud, où elle a terminé ses études et commencé sa carrière clinique. Après plusieurs années de pratique dans ce pays, elle s'est installée au Royaume-Uni et a passé plus de 20 ans à travailler dans les hôpitaux du National Health Service, se spécialisant dans les traumatismes et l'orthopédie, avec un accent particulier sur la thérapie de la main. Debbie a contribué aux interventions d'urgence internationales par des déploiements de courte durée, notamment à Gaza en 2015 et au Népal après le tremblement de terre de la même année. Depuis deux ans et demi, elle est basée en Ukraine. Elle a notamment suivi une formation en cours d'emploi avec des équipes de réadaptation dans tout le pays, en se concentrant sur les blessures liées aux traumatismes. Elle travaille actuellement dans une unité de traitement des brûlures, où elle soutient le personnel et forme le personnel de réadaptation local. Son expérience couvre divers contextes cliniques et humanitaires, et elle apporte une contribution précieuse à la perspective du rôle de la réadaptation précoce et de la réponse aux catastrophes. Je passe la parole à Debbie et la remercie à l'avance pour sa présentation. Merci, Debbie, et merci à tous d'être venus aujourd'hui.

[00:06:32] Merci Richard. Bonjour à tous, et merci beaucoup d'avoir consacré votre précieux temps à participer au webinaire de ce soir. Je vais maintenant partager mon écran et m'assurer que tout le monde peut le voir. Cela fonctionnera. C'est parfait. Est-

ce que tout le monde peut le voir ? Oui. D'accord. Je vais donc continuer et, comme vous le savez, nous parlons des lésions des nerfs périphériques. Et j'espère que cet aperçu vous donnera plus de confiance pour rechercher des blessures potentielles pour effectuer ces, euh, quand vous, quand vous voyez des patients avec parfois très, très complexe, euh, traumatisme, blessures de traumatisme souvent, euh, avec des nerfs périphériques, ils sont souvent ceux à manquer, en particulier dans la prise en charge précoce des patients après la blessure aiguë. Nous allons donc introduire le sujet et examiner les lésions des nerfs périphériques dans le contexte d'un tremblement de terre et comment identifier une lésion des nerfs périphériques. Nous verrons comment adapter notre pratique clinique et les gérer, et les traiter en recherchant et en identifiant les complications courantes associées aux lésions des nerfs périphériques. Comment nous pouvons essayer de prévenir ou de gérer ces complications, et comment développer un plan de traitement de base pour les lésions nerveuses périphériques. Oh, l'écran n'est pas là. Nous y voilà, nous passons rapidement en revue l'anatomie. Ne vous inquiétez pas trop si vous ne vous souvenez pas de tout. C'est pourquoi nous avons Google. Nous pouvons tout rechercher sur Google. Nous pouvons utiliser nos téléphones ou nos ordinateurs pour, euh, nous aider à, à nous rappeler des choses, à nous rafraîchir la mémoire, mais avec l'anatomie des nerfs.

[00:08:34] En gros, vous avez votre neurone, votre axone qui envoie les signaux et vos dendrites, qui sont les récepteurs pour recevoir ces messages. Il s'agit donc d'un nerf de base, avec ses axones qui envoient les messages et l'axone. Vous pouvez voir sur l'écran qu'il est entouré de myéline. La gaine de myéline. La gaine de myéline est cette couche de tissu graisseux qui aide à conduire le signal autour de la gaine de myéline. L'ensemble de l'axone est entouré de tissu conjonctif. C'est l'endoneurium. Hum, et puis ces, ces, ces axones, chaque axone de lin, ils sont groupés en faisceaux et on les appelle des fascicules. Autour de ces faisceaux, de ces fascicules, il y a un autre tissu, une couche de tissu conjonctif. Hum, et ce sera votre, hum, votre, votre Perry, votre tissu, votre perineurium. Hum, et donc vous avez ces, hum, faisceaux de, d'axones et ensuite autour d'eux enveloppés par tout un tas de fascicules. Vous avez l'épineurium. D'accord, le gros nerf, c'est le gros nerf. Il existe donc différents types de nerfs. Il peut s'agir d'un simple nerf sensoriel. Ils transmettent ensuite des messages à partir de vos terminaisons nerveuses, où qu'elles se trouvent pour le toucher tactile. Puis il renvoie des messages au système nerveux central (SNC). Hum, et ensuite le système nerveux

central en termes de nerfs moteurs, vous enverrez les messages du système nerveux central.

[Ces messages sont transmis par les nerfs moteurs à la plaque motrice ou aux muscles. Mais il peut aussi y avoir des nerfs mixtes. Il s'agit alors d'un mélange de nerfs sensoriels et de nerfs moteurs, ainsi que de nerfs périphériques. Essentiellement, vous savez, c'est au-delà du système nerveux central. Si les nerfs périphériques sont ce qui, euh, ils relient le, euh, est le corps et du système nerveux central. Nous examinons les causes des lésions des nerfs périphériques. Vous aurez des blessures ouvertes ou des lésions ouvertes. Il peut s'agir d'une lame de couteau ou d'un morceau de verre brisé. Et puis il y a ce que je vois souvent en Ukraine, beaucoup de lésions ouvertes non ordonnées. Il y a donc les blessures causées par les balles, les éclats d'obus, les brûlures graves et les fractures ouvertes. Et il ne fait aucun doute que vous avez également vu certains de ces cas chez vos patients. De votre côté. Maintenant, malheureusement, hum, vos blessures fermées aussi. Vous pouvez être victime d'une compression, qui entrave également la circulation sanguine dans la région. Là encore, il peut s'agir d'un syndrome des loges. Et donc attirer un membre et un corps étranger ou un os comprime également la lésion du nerf périphérique ou soutient la posture. Peut-être que le patient était allongé dans une certaine position et que le nerf a été comprimé alors que quelque chose emprisonnait le membre, comme nous l'avons dit, et causait une pression sur cette partie pendant une période prolongée.

[00:12:10] L'ischémie par traction est un autre moyen. Il s'agit d'une traction forcée sur le nerf. Cela peut être dû à la dislocation d'une fracture chez un patient que nous avons déjà vu. Um, dans le pôle, il y avait une, il y avait une jeune fille qui a été retirée des décombres et de l'immeuble qui s'est effondré. Et cela a provoqué une forte traction sur le plexus brachial de son bras. Donc, en termes de, euh, juste une vue d'ensemble des signes et des symptômes des lésions des nerfs périphériques, Aiguës lorsque vous regardez les nerfs sensoriels qui pourraient être touchés. Ces types de symptômes sont les suivants : le patient se plaint d'une sensation de brûlure, de douleurs fulgurantes, de symptômes ou de picotements, et quand je parle de cela, je parle des deux bras ou des deux jambes. Si le nerf moteur est touché, les symptômes sont une perte de puissance. Les muscles ne fonctionnent pas comme ils le devraient normalement, voire pas du tout, ce qui entraîne une perte de fonction. En outre, des signaux anormaux peuvent être envoyés si le nerf est perturbé d'une manière ou d'une autre. Ils peuvent donc se

plaindre d'une sensation d'électricité si la blessure est devenue plus chronique ou post-aiguë. Type de blessure. Ensuite, il peut y avoir, à cause de la perturbation ou de l'effet sur les nerfs sensoriels ou le système somatosensoriel.

[00:13:56] Hum, ils peuvent éprouver ou observer des changements de couleur de la peau en raison des anomalies de la circulation sanguine. Hum, et des changements dans la transpiration. Il peut s'agir d'une augmentation ou d'une diminution de la transpiration. Si les muscles n'ont pas travaillé, euh, ont été euh bien, bien, alors vous pourriez voir des signes de perte musculaire. Hum, et aussi des patients qui compensent leurs mouvements à cause de la faiblesse musculaire, et peut-être aussi parce qu'ils ne peuvent pas sentir, hum, aussi bien, surtout en termes de dextérité. Ainsi, lorsque nous examinons la classification des lésions nerveuses, je suis sûr que vous avez tous entendu parler des lésions nerveuses. Je suis sûr que vous avez tous entendu parler de la neurapraxie, mais il existe un système de classification dont nous parlons et qui se décompose en trois niveaux. Il en existe un autre, celui de Sunderland et Sunderland. Si vous consultez ce système de classification, il décompose l'axonotmésis, le deuxième niveau, de manière plus détaillée. Dans le cas d'une neurapraxie, souvent due à une compression, le nerf est généralement intact mais incapable d'émettre un signal. Les axones sont donc intacts mais incapables d'émettre un signal, ce qui peut être dû à des lésions de la myéline dans la région. Hum et ils récupèrent généralement anticipent cela peut prendre quelques jours, mais mes patients auront 3 à 4 mois, hum, pour qu'ils récupèrent et une fonction motrice associée. Le niveau de gravité suivant en termes de lésion nerveuse est l'axonotmésis.

[00:15:42] C'est le cas lorsque l'axone est endommagé. Mais la structure du nerf ou du tissu conjonctif qui l'entoure est intacte. Le rétablissement prendra donc plusieurs mois. Les patients les plus intelligents ont mis jusqu'à un an, voire plus, pour se rétablir complètement. Cela dépend également de la hauteur ou du niveau de la lésion nerveuse, qu'il s'agisse de la partie proximale du bras ou de la jambe ou, pire, de la partie distale. Hum, et la récupération dans ces circonstances avec d'excellentes utilisations peut ne pas le patient peut ne pas atteindre une récupération complète. Hum, et s'il n'y a pas d'intervention chirurgicale, hum, et surtout si la blessure, comme je l'ai dit, est plus proximale. Et ce qu'il faut prendre en compte ici, ce sont les muscles de la plaque terminale distale. S'ils dégénèrent avant la régénération du nerf, il n'y aura pas d'intervention chirurgicale. Vous n'obtiendrez pas de résultat fonctionnel. Résultat

fonctionnel. Le dernier niveau est celui de la neurotmsè. C'est lorsque l'axone et le tissu conjonctif sont complètement endommagés. Il s'agit donc d'une coupure complète du nerf. Et. Le nerf peut essayer de se régénérer. Mais la chirurgie est normalement euh, toujours euh nécessaire pour tout type de, euh, bon résultat pour. Les propriétés du nerf. Donc, si nous regardons un nerf, il ne tolère pas l'étirement. Ils n'aiment pas être étirés. Il ne s'allonge pas de la même façon qu'un muscle et peut s'allonger jusqu'à 6 % pour l'étirer, mais ensuite il se rétracte, et au-delà de 10 %, le nerf est généralement endommagé.

[00:17:36] Il faut donc garder cela à l'esprit. Si un patient a eu la chance d'être opéré tôt pour une réparation chirurgicale du nerf, il faut alors penser aux toutes premières étapes de la rééducation aiguë et au fait qu'il ne faut pas l'étirer non plus, alors qu'il s'agit d'une phase initiale de cicatrisation. En ce qui concerne l'Axonotmsis ou la neurotmsis, ce qui se passe avec les dommages subis par le nerf, c'est qu'il subit un processus appelé dégénérescence wallérienne, où la partie distale de l'axone, au niveau de la blessure, dégénère. Il en résulte un tube creux. C'est ce que l'on veut, un tube creux. Ce n'est pas toujours le cas. Nous parlerons des complications qui empêchent le nerf de se régénérer ou qui l'entravent. Mais on veut que ce tube creux permette au nerf de se développer parce qu'il ira de la partie proximale vers l'extrémité distale. Ainsi, si le patient a besoin d'une intervention chirurgicale, euh, cela pourrait ne pas être détecté, euh, dès le début. C'est aussi la raison pour laquelle j'insiste sur ce point. Ce sujet est important, je crois, parce que les lésions des nerfs périphériques passent souvent inaperçues. Souvent, dans le cas d'une catastrophe, comme un tremblement de terre, lorsqu'un patient présente de nombreuses blessures complexes, des fractures, des plaies ouvertes, le nerf n'a pas été réparé.

[00:19:20] Hum, tout de suite. Hum, mais s'ils ont eu la chance d'avoir le courage à plusieurs reprises. C'est très bien. Hum, et alors il pourrait s'agir d'une réparation différée. C'est donc une possibilité d'être détecté. Mais ensuite, si nous réfléchissons et j'en parlerai dans les prochaines diapositives, si c'est, euh, au bout du compte et qu'il n'y a aucune chance pour une réparation primaire ou secondaire du nerf, euh, nous pourrions envisager, euh, une greffe de locataire. Euh, s'ils peuvent plus tard, s'il n'y a pas de fonction, s'il n'y a pas de chance que le nerf se répare, euh, alors ils pourraient avoir à envisager des transferts de tendon. Hum, et ensuite une fusion fonctionnelle des articulations. Et souvent, ce dont nous avons besoin, c'est de jouer un rôle aussi critique

en termes de prévention des contractures. Euh, et parce que parfois ces patients auront besoin d'un bail contractuel si, s'ils sont contractés à cause de, du manque de mouvement, par exemple, euh, et euh, et donc ils auront besoin de cela de toute façon s'ils vont chercher à, à toute réparation nerveuse parce que vous aurez besoin qu'ils bougent pour ces restaurants, évidemment. Hum, donc encore une fois, avec la réparation nerveuse primaire, il s'agit de suturer les deux extrémités ensemble. Il faut donc que le nerf ait une bonne longueur, car nous savons que le nerf n'aime pas être étiré. C'est pourquoi il est si important et critique d'essayer de le faire dans les premiers jours suivant la blessure, mais autrement la greffe.

[Souvent, les patients - j'ai vu beaucoup de patients ici - utilisent le greffon du nerf sériel, parce que c'est le nerf sensoriel, et je ne peux pas dire qu'il n'est pas important, mais là où il est situé, il n'est pas aussi important en termes de présence sous le pied. Et il y aura un problème pour la sensation. Oui, pour la sensation. Donc, sous le pied. Mais pour l'arrière de la jambe, c'est un, euh, c'est bon. Ils greffent souvent le nerf sériel et ils peuvent prendre un morceau suffisamment grand pour le brancher là où le nerf est défectueux. Donc, en termes de résultats de la chirurgie, ce n'est pas toujours une garantie que le nerf va se rétablir après l'opération. Hum, et cela dépend aussi du contexte. Cela dépend des capacités chirurgicales. Cela dépend également de l'état prémorbide du patient. Hum, cela dépend également des soins postopératoires et du suivi. Et encore une fois, la personne fume, par exemple. Euh, les indicateurs positifs, comme nous le savons, s'ils sont jeunes. S'il s'agit d'une réparation précoce. S'il s'agit d'un nerf à fonction unique. S'il s'agit, par exemple, d'un nerf sensoriel ou d'un nerf moteur, mais c'est plus compliqué s'il s'agit d'un nerf mixte qui a été réparé. Et encore une fois, si c'est, euh, la localisation de la réparation était plus distale, disons au niveau du poignet ou du bas de la jambe. Euh, par rapport à une réparation plus haute, parce que nous savons que le nerf doit parcourir un long chemin avec sa guérison et qu'il se régénère, euh, euh, au cours du processus de guérison.

[La raison pour laquelle j'ai dit cela est que la régénération des nerfs prend beaucoup de temps. Le taux de 0,5 à 2 millimètres aujourd'hui, je pense que 2 millimètres est un peu optimiste pour être honnête. Et surtout si l'on considère le contexte dont nous parlons. Hum, et donc encore une fois en allant du proximal au distal. Donc, si nous avons un bras haut, si c'est une blessure très proximale, euh, alors si vous pensez à cela, ce demi-millimètre par jour, cela va prendre beaucoup, beaucoup de temps. Les

plaques motrices doivent être réinnervées dans les 18 mois suivant la lésion, parfois plus tôt, pour obtenir une récupération motrice. Et euh, la récupération maximale de la lésion peut prendre jusqu'à euh 24 mois. Deux ans. J'ai mentionné les transferts de tendon et le transfert de tendon est vraiment ce que je vois le plus souvent ici, là où le nerf a été endommagé. Ils ont essayé une réparation différée ou une greffe de nerf et cela n'a pas fonctionné. Mais il y a des mois et des mois et des mois d'écart, si ce n'est pas quelques patients, c'est quelques années. Pour certains de ces patients, c'est donc une catastrophe sur le plan fonctionnel. Ils ont perdu beaucoup de fonctions, surtout si l'on pense, par exemple, à une lésion du nerf radial. Mais si le patient a le bon spécialiste, le bon chirurgien et la bonne équipe chirurgicale, alors les options de transfert de tendon peuvent être disponibles.

[00:24:15] Euh, il y a beaucoup de critères quant au choix du muscle et euh, euh, quels que soient les outils et les procédures qu'ils feront, ils feront, ils feront, mais par exemple, pour un patient qui a perdu l'extension du poignet, ils peuvent utiliser un pronator teres. Et si et le réacheminer vers l'extensor carpi radialis et ou pour le pied. Je ne suis pas un expert, mais on peut utiliser le postérieur car s'il est réacheminé, il peut agir comme un fléchisseur dorsal en cas de lésion du nerf péronier. Mais cela dépend souvent de la situation dans laquelle vous vous trouvez. Et si vous avez les capacités chirurgicales locales, vous devez vraiment avoir une bonne rééducation par la suite. Et donc les complications et comme avec beaucoup de vos blessures traumatiques et vous verrez la même chose avec le plus grand, euh, le tableau mixte du polytraumatisme. Euh, vous allez donc avoir cette douleur neuropathique Temps, et cela serait inclus. Et cela pourrait être causé par votre névrome. Hum, vous avez l'hypersensibilité, hum, la blessure à, hum, due à la perte de sensation. C'est aussi la raison pour laquelle j'insiste sur les lésions des nerfs périphériques, parce que si vous n'avez pas une bonne sensation, euh, à votre pied, à votre main, où que ce soit, euh, les patients doivent être éduqués pour les sauvegardes, euh, parce qu'ils ne peuvent pas sentir qu'ils ont ce retour sensoriel protecteur, euh, et les complications dues à l'œdème aussi.

[Nous pouvons gérer l'œdème et nous voulons prévenir les contractures dues à la perte de mouvement. Ainsi, le patient se déplace et cette position de déformation se prolonge et des contractures inutiles peuvent se développer. Et aussi à cause de la cicatrisation de la plaie et de l'infection. Si le tissu cicatriciel s'accroît en raison d'un retard de

cicatrisation et d'une infection, cela peut être très préjudiciable à la cicatrisation du nerf. Pensez à ce nerf qui essaie de se frayer un chemin. Um, le long du chemin. Et puis il y a une autre obstruction ou quelque chose comme du tissu cicatriciel. Hum, et en fin de compte, c'est la perte de fonction pour ces patients. Comme je l'ai mentionné, les lésions nerveuses sont fréquentes dans les tremblements de terre et passent souvent inaperçues. Euh, donc, euh, et comme nous le savons, il peut en résulter une invalidité importante. Hum, et je pense, je pense que ce que vous devez retenir, c'est que vous n'êtes peut-être pas sûrs, que vous pouvez voir un patient et qu'il y a beaucoup de choses qui se passent et que vous essayez de décider de donner la priorité à beaucoup de choses. Mais je pense qu'au fond de vous, vous avez quelques idées. Lorsque nous parlons des signes et des symptômes des lésions nerveuses, cela vous donne plus d'assurance pour les mettre en évidence. Il se peut que vous ne le fassiez pas. Vous ne pouvez rien faire à ce moment-là si ce n'est pas le cas. Nous ne savons pas s'il va guérir ou non ou se régénérer, mais il y a beaucoup de choses que vous pouvez faire à ce moment-là pour éduquer le patient et lui donner un plan de traitement de base pour l'aider à gérer la douleur ou à désensibiliser ou à prévenir les contractures avec, avec, avec l'amplitude des mouvements et envisager des options fonctionnelles pour eux et aussi ne pas avoir peur d'en parler à l'équipe médicale pour l'orienter.

[Il se peut qu'il ne s'agisse pas d'une lésion périphérique, mais il vaut mieux dire quelque chose que de ne pas le faire. La raison pour laquelle j'ai mis ces images ici, c'est qu'il s'agit de cas, aussi bien que possible. Le patient n'a peut-être pas subi de lésion du nerf périphérique à la suite du traumatisme proprement dit, le tremblement de terre. Cela peut être dû à d'autres choses. Et je, je vois beaucoup de cela avec les fixateurs externes. Personne. Aucun médecin n'a essayé de provoquer une lésion du nerf périphérique avec un tel afflux de patients. Et parfois, c'est, euh, les membres, ce sont des procédures de sauvetage de membres qui sauvent la vie et qui se produisent dès le début. J'ai donc eu des patients chez qui j'ai décelé des signes de lésion du nerf périphérique. J'ai alors dit : "Oh, pouvons-nous regarder la radiographie ? Vous n'avez peut-être pas accès à la radiographie. J'espère que vous y avez accès. Mais peut-être qu'il suffit d'orienter l'équipe médicale. Hum, et si vous n'êtes pas sûr de vous pour regarder la radiographie, ce n'est pas grave non plus.

[00:29:04] Mais pensez-y. J'espère que cela vous permettra de réfléchir à d'autres causes de ces signes et symptômes de lésions des nerfs périphériques. Dans ces cas,

vous pouvez voir que le fixateur externe frottait trop longtemps sur le nerf ulnaire et que le médecin l'a dévissé un peu et l'a retiré. Pensez ensuite à la partie inférieure de la jambe. Pensez au pied tombant. C'est fréquent chez eux. Le nerf péronier est situé juste à côté du péroné. Souvent, il y a une vis autour de cette zone et cela peut causer des problèmes. Il faut donc penser à tout cela. Euh, et puis avec vos fractures humérales, je vois souvent une paralysie radio associée ou un plexus brachial. A partir d'un sujet plus approfondi, il y a eu une traction. Euh, oui. Et beaucoup d'œdème. Je ne vais donc pas m'étendre sur le syndrome douloureux régional complexe. Je veux juste que vous sachiez qu'il s'agit d'une maladie très compliquée. Hum, mais elle est difficile à traiter. Hum, mais c'est une maladie rare. Ce syndrome se caractérise par une douleur chronique, une neuroinflammation et une anémie. Il en existe deux types, mais elle peut être chronique et progressive. Le grand facteur de cette maladie est qu'elle est distribuée de manière disproportionnée. La douleur qu'elle provoque ou que le patient ressent est disproportionnée par rapport à la lésion.

[Donc beaucoup des symptômes que nous observons ou simplement les symptômes de la douleur sont souvent causés par quelque chose d'autre. Et je ne veux pas que vous détourniez l'attention des autres causes qui pourraient permettre d'écarter toute autre possibilité, qu'il s'agisse d'un syndrome des loges, d'une infection, par exemple, ou qu'il s'agisse de quelque chose de piégé à l'intérieur ou de la cause de la douleur. Mais je dirais que. Donc quand vous avez éliminé toutes les autres causes potentielles, c'est là que notre type, type deux est en présence d'une lésion nerveuse majeure. Ils peuvent développer ceci. Les principaux symptômes sont donc une douleur sévère et disproportionnée. L'allodynie, qui est normalement une douleur provoquée par un stimulus non douloureux. Même un simple contact léger peut être ressenti comme une douleur extrême pour cette personne, hum, raideur et gonflement anormaux. Et encore une fois, les changements dans la transpiration, le flux sanguin, le dysfonctionnement autonome altèrent parfois la régulation de la température. Il ne faut donc pas laisser ces patients tranquilles et se dire qu'ils ne veulent pas être touchés et qu'ils ont trop mal. Ces patients sont très différents. Il faut donc travailler avec toute l'équipe pluridisciplinaire. Parce qu'ils devront être pris en charge par l'ensemble de l'équipe, y compris avec des médicaments, et qu'il faut encourager le mouvement de manière graduée.

[00:32:25] Manipuler et faire utiliser le poumon affecté. Hochement de tête. Hochement de tête. Ne pas permettre. Décédé. Ainsi, toujours dans le scénario idéal, si nous cherchons à recueillir les informations dont nous avons besoin auprès du patient, nous pouvons, si nous avons accès à ses notes ou si nous le découvrons avant même qu'il ne se présente, examiner la nature des blessures associées à l'énergie, si une intervention chirurgicale a été pratiquée, s'il a des antécédents médicaux. Hum, les antécédents médicaux. Euh, oui. Hum, les médicaments qu'il pourrait prendre. Hum, et puis en tant que patient avec quand vous êtes avec le patient vraiment comprendre les niveaux de douleur. Hum, peut sa dominance si c'est, si c'est affecté quelle quelle main dominante. Quelle est la main dominante. Hum, encore une fois, ce que nous faisons habituellement, c'est de déterminer leur rôle et, hum, de regarder leur et d'évaluer leur sensation. Donc si vous regardez et nous pouvons apprendre beaucoup en regardant, en regardant la posture des mains maintenant je suis désolé, je vais continuer sur les mains et les jambes, mais c'est le même, euh, le même concept ici. Il s'agit donc de regarder la posture, de regarder les blessures là où elles sont, euh, dans les infections là où sont les cicatrices. Donc si c'est subaigu, où sont les cicatrices et la texture de la peau quand vous parlez de transpiration excessive ou de peau vraiment sèche par rapport à la zone environnante en regardant tout gonflement, euh, tout muscle.

[00:34:02] Mais il s'agit de l'atrophie musculaire, de l'atrophie et des déformations. Donc des signes de lésions nerveuses. Encore une fois, utilisez Google. Mais qu'en est-il de la possibilité de se souvenir de tout pour vous ? Si vous ne pouvez pas utiliser Google, mais vous savez, nous ne parlons pas du plexus brachial. Vous savez que les nerfs périphériques sont d'abord ce réseau complexe de nerfs plus haut autour de l'épaule que le plexus brachial, et puis vous avez, euh, les nerfs qui viennent du haut, euh, du haut. Mais nous allons parler du nerf médian et du nerf radial, mais il y a d'autres nerfs périphériques qui alimentent les muscles plus haut dans le bras. Hum, mais le schéma classique du nerf médian, hum, c'est votre, hum, c'est votre, hum, c'est le pouce, hum, le positionnement où et ou la main de hum, la bénédiction aussi. Le nerf cubital se trouve de l'autre côté, au niveau des doigts en griffe. Selon l'importance de la lésion du nerf cubital, si elle est plus basse, elle se situe à un niveau plus bas. Vous avez plus de griffes que de doigts plus hauts. Euh, je pense que pour des raisons de temps, je ne vais pas entrer dans les détails maintenant. Mais ce sont des choses sur lesquelles vous pouvez vous renseigner. Hum, et puis la paralysie du nerf radial, le signe classique est la chute du poignet parce que les extenseurs sont touchés.

[Mais pour le nerf médian, il s'agit surtout des fléchisseurs. Et, vous savez, au niveau de la sensation, c'est la moitié radiale, la moitié palmaire sous la zone de votre main. La déficience sensorielle du côté ulnaire concerne le côté ulnaire de la face palmaire de la main. Et puis votre, euh, radio serait euh, vos extenseurs sont affectent les muscles extenseurs. Euh, et, et puis, euh, juste, juste derrière, euh, le pouce, l'index et votre perte ou déficience sensorielle. D'accord, si nous avons le temps, je reviendrai sur ce point. Et puis vous... Je suis désolée. Je reviens souvent sur le nerf radial. Si vous avez des fractures humérales complexes, elles peuvent être affectées par le nerf radial. Euh, pour les membres inférieurs. Si l'on considère les lésions courantes, le nerf sciatique péronéo-tibial est le plus souvent touché. Ces nerfs sont importants pour le contrôle de la position de la cheville et du pied, dont nous avons besoin pour la mobilité. La lésion du nerf périnéal se traduit donc par des signes d'affaissement du pied. Hum, vous avez peut-être une faiblesse au niveau du pied. Ces signes sont généralement associés à des fractures du péroné au niveau du genou. Et encore une fois, comme je l'ai déjà mentionné, le site de la broche. Un patient que j'ai eu ici avait un pied tombant et un pied très, très hyper-sensible. Et il avait un site d'épingle juste à côté du, euh, à côté de l'usine. Euh. Et puis avec le nerf sciatique, on a la flexion du genou et la faiblesse et la flexion du genou.

[Peut-être une blessure par écrasement ou des fractures pelviennes ou fémorales dues à un piégeage du nerf sciatique par traction. Pour ce qui est de l'évaluation de la fonction motrice, nous allons examiner ce que vous faites tout le temps. Je pense que, vous savez, en tant que thérapeutes, nous allons observer qu'il est bon de connaître votre anatomie parce que, bien que je n'aie pas eu le temps d'entrer dans les détails de chacune des fonctions des nerfs périphériques et des muscles qu'ils alimentent s'il s'agit d'un nerf moteur, il est évident que je ne parle pas de l'anatomie du nerf sciatique, mais de l'anatomie du nerf sciatique, évidemment, je ne parle pas des nerfs moteurs sensoriels, alors, euh, certains des nerfs mixtes, alors, euh, nous devons regarder et connaître votre anatomie, alors vous pouvez différencier, et parfois vous obtiendrez un modèle mixte parce que c'est plus d'un nerf. Le nerf périphérique a été touché. Cela peut donc être assez déroutant au début. Examinez d'abord les mouvements actifs, car si le patient a tardé à consulter, il a peut-être commencé à développer des tensions dans les tissus mous, des contractures. Il faut donc s'assurer qu'il a une bonne amplitude passive avant de regarder. Hum, alors regardez regardez regardez hum

regardez actif. Mais vérifiez aussi le passif pour vous assurer que ce n'est pas à cause de contractures qu'ils ne peuvent pas bouger. Hum, encore une fois les muscles intrinsèques de la main. Et si vous les testez, ils ne sont pas très puissants. Donc, si vous avez l'impression que c'est le cas, nous pourrions probablement choisir une autre main pour vérifier, vérifier.

[C'est la même chose. Hum, et si vous pouvez essayer de sentir les ventres des muscles quand vous, vous testez pour voir si vous allez faire une pichenette ou sentir une sorte de, hum, contraction. Et puis, en général, utilisez l'échelle d'Oxford pour les tests musculaires manuels. Ils et sensoriels votre premier votre votre le plus élémentaire. Il s'agit d'une sensation de protection comme le chaud et le froid ou une sensation aiguë et émoussée que le patient peut distinguer. Cela et les dix tests. Il s'agit simplement d'un toucher léger et mobile que l'on compare des deux côtés. Il s'agit littéralement de demander au patient de noter sur dix ce qu'il ressent lorsqu'il effleure avec ses doigts la même zone du côté controlatéral au côté qu'il teste, puis de le noter et d'obtenir ainsi la discrimination en deux points. Je ne vais pas parler des monofilaments maintenant parce que je ne pense pas que ce soit approprié pour le contexte, mais quelque chose, euh, plus tard. Mais si vous y avez accès, cela peut être utilisé. Donc, euh, encore une fois, si nous cherchons à, euh, tester les contrôles que les patients utilisent en termes de, euh, euh, pour la sensation. Une chose que les gens peuvent faire s'il est difficile, euh, euh, d'évaluer le patient, euh, ou si c'est un petit enfant qui coopère, alors le test des rides est quelque chose que vous pouvez lire aussi.

[Il s'agit d'immerger la zone affectée dans une sorte de bol d'eau chaude. Parfois, je dis 20 à 30 minutes et en fait, euh, le corps, le système sympathique, les doigts, vous savez comment vous avez été dans le bain pendant si longtemps, il se ride et en fait trouver s'il y a eu une certaine déficience nerveuse sensorielle, alors il pourrait y avoir une zone qui ne se ride pas. Il faut également vérifier les signes où les fragments sont présents. Alors que euh, un patient qui est alors, euh, ils sont euh, euh, c'est, ils sont incapables de leur faire faire un O. Euh pour, pour euh, pour s'assurer qu'ils utilisent les bons groupes maîtres. Et puis au lieu de faire un D où ils, ils compensent avec un autre ensemble de muscles quand vous essayez de différencier, disons par exemple, euh, euh, la lésion du nerf médian ou, et votre lésion du nerf ulnaire, vous pourriez être en mesure de différencier avec cela. Ainsi, lorsqu'il s'agit de traiter les patients, nous nous

intéressons aux priorités, à la douleur et à la sensation. Vous voulez, euh, cibler et gérer cela. Vous voulez, euh, prévenir la raideur et les contractures. Ensuite, nous nous intéressons à la fonction, à la fonction, à la fonction. Ainsi, lorsque vous planifiez et établissez des priorités, quels sont vos principaux objectifs à ce moment-là, et si vous devez donner des informations aux patients s'ils s'en vont et que vous ne savez pas, bien sûr, si vous n'allez pas les suivre immédiatement ou s'ils vont être référés à un autre endroit, regardez vers le haut.

[Qu'est-ce que le patient a besoin de savoir ? Hum, alors et là, ce serait utile pour le guider, hum, avant qu'il ne soit vu encore et encore. Combien de fois devez-vous voir ce patient si vous êtes en mesure de le faire revenir, en fonction de votre charge de travail actuelle ? Et quand devez-vous orienter un patient vers un autre service ? Et quand devez-vous laisser sortir le patient ? Nous allons donc encourager une grande partie de la fonction. Nous examinons un grand nombre d'activités bilatérales. Nous allons nous intéresser à l'indépendance du patient et à l'autogestion des techniques de traitement. Je pense que c'est la clé, l'indépendance du patient et les activités fonctionnelles quotidiennes, que ce soit avec des moyens compensatoires ou non. Hum, et vous créez vos listes de problèmes et les examinerez. Donc, le traitement. Je n'insisterai jamais assez sur les conseils et l'éducation. Je pense que la chose la plus importante pour ces patients est de savoir qu'avec une lésion nerveuse, nous ne savons peut-être pas quand nous voyons le patient pour la première fois. Il se peut que nous ne sachions pas, lorsque nous voyons ce patient pour la première fois. Cela dépend de l'équipe médicale qui l'entoure, s'il s'agit d'une lésion définitive. Ils savent exactement, euh, quelle est l'étendue de la lésion nerveuse et si peut-être nous anticipons, euh, la récupération ou non. Hum, mais avec ce que vous savez, hum, vous devez conseiller et éduquer le patient.

[00:43:31] Il s'agit donc d'exercices adaptés, de rééducation sensorielle et, le cas échéant, de la pose d'une attelle et d'un plâtre. N'oubliez pas qu'il s'agit des techniques de base. Si vous avez une plaie cicatrisée, pensez à la cicatrisation qui peut également gêner le nerf et provoquer des symptômes nerveux. Hum, et hum, mais cela peut aussi aider à, à libérer cette zone votre Décentralisation graduée, votre gestion de l'œdème, votre attelle et votre plâtre, et vos exercices de base, votre réentraînement fonctionnel, votre programme à domicile et l'établissement d'objectifs. J'accélère donc le pas à cause du temps. Le temps. Hum, mais quand vous enseignez au patient. Parce que

parfois, avec mes patients, si je les renvoie et qu'ils ne reviennent me voir que dans six semaines et que je leur ai donné un programme à domicile. Avec un peu de chance, on peut les voir régulièrement et plus tôt. Mais je dois expliquer au patient pourquoi je lui ai donné ce programme. Au début, ils ne peuvent pas bouger. Ils se battent pour sentir une certaine zone. Je leur ai donné des exercices passifs. Et je leur ai dit de penser aux mouvements. Imaginez les mouvements. D'utiliser l'autre main pour, pour, pour aussi, hum, euh, ou comme vous l'imaginez, bouger et puis de garder les gammes. Mais s'ils ne voient pas de changement, euh, jour après jour, ils doivent comprendre pourquoi vous êtes venus. Et nous allons leur dire, évidemment, parce que la récupération nerveuse prend beaucoup de temps et qu'ils pourraient avoir besoin d'une attelle pour soutenir les articulations, peut-être au repos, peut-être pour la fonction.

[00:45:09] Euh, et donc aussi mentionner les risques qui, euh, sont associés à, avec les lésions des nerfs périphériques. Mais s'ils ne peuvent pas sentir. Hum, encore une fois, j'ai parlé de l'échelle réaliste du temps de récupération et aussi, euh, du fait que le tabagisme retarde également la récupération, qu'ils aient subi une intervention chirurgicale ou non. Nous savons que fumer, euh, euh, retarde la guérison. Donc, avec ces exercices, si c'est possible, si c'est 4 à 6 fois par jour, c'est peut-être optimiste pour les patients. Mais euh, il s'agit d'un exercice passif et actif si possible, à moins qu'il ne soit contre-indiqué. Donc s'il y a quelque chose, s'ils ont une fracture instable ou, euh, quelque chose d'autre que nous devons garder à l'esprit parfois, c'est peut-être ce que nous adaptons. Quoi d'autre ? Quelles sont les autres blessures que présente le patient ? N'oubliez pas qu'il ne faut pas exagérer l'effet d'attraction du nerf. S'ils peuvent encourager la mise en charge et l'utilisation du membre efficace et des schémas de mouvement normaux dans la mesure du possible. Hum, encore une fois, toute cette idée de la représentation corticale. Hum, nous nous intéressons donc à la rééducation sensorielle. Le maintien de la représentation corticale joue un rôle essentiel pour aider les individus à récupérer les fonctions sensori-motrices après un traumatisme. Euh, la blessure. Les techniques de rééducation visent donc à stimuler la capacité du cerveau à s'adapter et à s'organiser. Il y a donc un mot dont vous avez peut-être entendu parler, celui de neuroplasticité. Donc, euh, en rééducation, nous aidons avec nos techniques et nos exercices à maintenir la représentation corticale.

[00:47:00] Et donc avec des choses comme l'éducation au cancer et les lésions nerveuses. Les exercices sont conçus pour améliorer le retour sensoriel et rétablir la

connexion du cerveau avec des parties spécifiques du corps. Cela dépend de la gravité de la déficience sensorielle. Il se peut donc que nous devions revenir en arrière et examiner les bases de la latéralité d'une personne. Hum, mais encore une fois, il s'agit de parler avec le patient, hum, et de lui donner des conseils précis. Il peut s'agir d'utiliser l'autre main pour l'influence bilatérale et l'utilisation d'autres sens. Hum, vous imaginez les mouvements en utilisant votre vision pour vous guider et vous inciter. Nous parlons de la parole. Je pense que vous êtes tous très familiers avec la rééducation de la texture et le classement. La dextérité et la différenciation. Et puis il y a aussi, si vous voulez, les tests de ramassage mobile. Mais par manque de temps, je vais encore en effacer quelques-uns. Mais le test de ramassage mobile est un test très simple. Si nous regardons vers le bas, c'est um, pour aider avec, um, um, la sensibilité fonctionnelle. Vous pouvez donc l'adapter en fonction de vos objectifs d'évaluation. Mais vous en prenez dix par jour, des objets similaires, comme une vis, une pièce de monnaie, un stylo et un trombone, et la température sera similaire. Mais euh, les objets que vous pouvez ensuite chronométrer pour qu'un patient les prenne, les mette dans une petite boîte ou un petit récipient, puis vous leur bandez les yeux et vous répétez l'opération.

[00:48:43] Ensuite, vous pouvez leur demander de le prendre, de le sentir et de l'identifier. Hum, et vous pouvez aussi faire un nouveau test de temps. Oh, oui. Pour ce qui est de la plantation, c'est un grand sujet en soi. J'ai passé beaucoup de patients avec des lésions des nerfs périphériques, mais il faut penser aux objectifs et au but derrière tout ça. Donc avec n'importe quel. Spencer, ce qui m'importe le plus, ce sont les garanties qui l'accompagnent. Si vous allez poser un stent, le patient doit vraiment comprendre pourquoi il l'a ou combien de temps il est censé le porter, quand et combien de temps il est censé le porter. Euh, et toutes les garanties en termes de pression totale pour obtenir des conseils et, euh, toutes les préoccupations, ce qu'il faut surveiller. Et donc et encore une fois cela peut être à Spence pourrait aider à prévenir les contractures, euh, améliorer l'amplitude de mouvement si les contractures s'installent. Zéro stenting. La ventilation ou l'amélioration de la fonction pour une position fonctionnelle. Par exemple, en cas de lésion du nerf médian, il peut être utile d'adapter un peu le pouce et le nerf ulnaire. Vous avez une attelle de blocage pour le nerf cubital et le nerf radial. Et le nerf radial. Il pourrait être utile d'aider à soulever le poignet pour l'étendre davantage.

[Mais je pense que si vous devez faire une attelle, pensez aux points de repère anatomiques ou aux points de pression, au contrôle de l'infection si c'est possible. Et aussi si un patient commence à avoir un gonflement fluctuant, vous allez délivrer une attelle et puis le patient peut avoir un gonflement qui augmente ou diminue ou il a eu des pansements qui ont été enlevés. La forme de l'attelle va changer. Existe-t-il un plan pour vérifier l'attelle ? Hum, si elle est faite sur mesure. Et pour le suivi, il y a la surveillance. Il se peut que, euh, il y ait d'autres choses que vous puissiez utiliser pour, euh, fournir le même soutien positionnel au patient. Il n'est pas nécessaire d'utiliser des thermoplastiques coûteux. Nous pourrions également avoir accès à des attelles sur mesure. Encore une fois, il s'agit de passer en revue, euh, pour le patient, les mesures de protection, en leur expliquant comment et pourquoi les délais, les contrôles stricts de la pression. Veillez également à ce que le patient ou le soignant sache comment mettre et enlever l'attelle. Je demande à mes patients de s'entraîner. Cela peut paraître idiot, mais il arrive souvent qu'un patient soit un peu perdu au moment de remettre l'attelle en place. Il faut donc souvent prendre des photos de la façon dont l'attelle devrait être placée, en termes d'emplacement et de sanglage. Pas de sangles trop serrées. Si un patient a des problèmes sensoriels, cela peut être une contre-indication.

[00:51:46] Peut-être pas s'ils sont capables, hum, d'effectuer des contrôles stricts de la pression et de la peau. Mais un patient n'a pas les capacités cognitives nécessaires pour identifier les problèmes. Et il n'y a pas de soignant pour superviser la prise en charge. Cela peut être une contre-indication à la délivrance d'une attelle. Encore une fois, elle ne doit pas causer de douleur. Euh, et pensez aussi à l'état de la peau. Vous ne voulez pas compromettre, euh, l'intégrité de votre peau. Hum, et aussi avec la cicatrisation des plaies. En résumé, je vais vous présenter le scénario cauchemardesque pour les patients qui présentent des lésions du nerf périphérique. Euh, pour les lésions complexes, comme l'infection. Parce que cela peut tout retarder ou exacerber les symptômes, car une mauvaise cicatrisation crée plus de tissu cicatriciel. Euh, lorsque vous avez une identification tardive de, euh, de la lésion du nerf périphérique, euh, qui a souvent conduit à des lésions articulaires. Euh, ce qui a souvent conduit à des contractures articulaires. Je vois cela souvent ici. Je vois beaucoup de, euh, certains des enracinés chauds qui reviennent, et ils ont manqué une lésion du nerf périphérique. Ils sont partis parce que leurs blessures ont guéri, mais ils sont revenus avec des contractures, parce qu'ils n'ont pas reçu d'éducation auparavant. Euh, cela peut être dû à des blessures secondaires. Je pense qu'il y a beaucoup de

raisons différentes pour lesquelles on peut avoir, euh, de, de, de certaines des, certaines des procédures qui ont été menées.

[00:53:30] Cela pourrait être aussi, si je pense aux patients et aux blessures qu'ils subissent parce qu'ils ne peuvent pas sentir, eh bien, ils n'ont pas de bonnes sensations. Euh, également, s'ils ont subi une intervention chirurgicale, nous essaierons de réparer ou s'il y a un manque de régénération, ils doivent faire face à l'hypersensibilité. Ils ont peut-être aussi développé des schémas de mouvements compensatoires. Et puis il y a le syndrome douloureux régional complexe. Voilà donc les scénarios cauchemardesques qui, espérons-le, ne seront pas trop nombreux, voire inexistants. Hum, mais nous pouvons jouer un rôle en essayant de minimiser cela, d'en réduire certains. Et puis penser à nos bases, euh, en termes d'anatomie, quand vous évaluez et peut-être et vous pouvez, euh, euh, vous aider à avoir un, avoir un regard et, et, et identifier certaines, euh, lésions nerveuses périphériques manquées. Hum, et puis juste comment nous procédons à notre évaluation de base pour nos patients afin d'être en mesure de planifier les traitements et de donner la priorité à l'assouplissement du tissu cicatriciel. Je veux dire, c'est avec, avec tous vos patients, n'est-ce pas ? Euh, avec les traumatismes, prévenir les contractants et, euh, contrôler la douleur et essayer de désensibiliser les patients, qui ne vont pas faire leurs exercices ou vouloir bouger. Si nous ne lui enseignons pas des techniques pour essayer de réduire la douleur et de désensibiliser, nous devons toujours penser à la fonction, à la façon d'incorporer le membre affecté et de rendre la personne plus fonctionnelle. Je sais que j'ai été très rapide à la fin, mais je suis conscient du temps dont je dispose. D'accord, j'arrête. Laissez-moi arrêter de partager.

[00:55:15] Merci, Debbie, pour cette présentation si complète et si riche sur le plan clinique. Je m'excuse. Je m'excuse. Votre exploration de l'anatomie des nerfs périphériques et des techniques de rééducation a été incroyablement précieuse, en particulier dans le contexte des soins d'urgence. Et vous nous avez donné des idées pratiques qui peuvent être appliquées même dans des conditions difficiles. Hum, je suis conscient de l'heure, Hum, comme je l'ai mentionné plus tôt, nous avons eu une question, mais si quelqu'un a d'autres questions, pourrait-il les poster dans la fonction Q&R et nous pourrions y répondre après la session ? Debbie, quelqu'un a demandé quelle serait la durée de la phase aiguë. Je ne sais pas si vous avez des questions. Qu'en pensez-vous ?

[00:56:11] Désolé. Quelqu'un veut-il poser une question en termes de, de phase aiguë ou de paire ou juste pour, pour le traitement ?

[00:56:20] Ce n'est pas clair. Je suppose que c'est euh, je vais voir si quelqu'un a écrit plus de détails. Euh, la phase aiguë, je, je pourrais imaginer qu'il s'agit de la partie chirurgicale. Hum, difficile de savoir si la personne qui a écrit cela pourrait poser une question plus détaillée. Ce serait vraiment apprécié. Euh, je dis ça comme ça. Y a-t-il d'autres questions ? Hum, je vois des gens qui donnent des détails dans le chat, ce qui est très utile pour que nous puissions assurer le suivi. Je peux également afficher dans le, euh, le lien vers le prochain webinaire qui aura lieu le 9 avril, à la même heure, organisé par World Physiotherapy. Hum.

[00:57:17] Merci.

[00:57:18] Encore une fois, merci. Debbie. Je vois qu'il y a des questions qui arrivent. Malheureusement, nous n'avons plus de temps. Mais il y a du monde. Euh, est-ce que tout le monde peut poser ses questions s'il vous plaît ? Euh, et nous avons obtenu des éclaircissements sur ce que nous entendons par phase aiguë. Nous pourrions donc vous répondre après la séance. Merci d'avoir posé vos questions. Nous serons très heureux d'y donner suite et de publier nos réponses dans le cadre de cette vidéo lorsqu'elle sera téléchargée. Hum, après la session. Encore une fois, il est très important que vous ayez pu assister à la séance. Et Debbie, encore une fois, merci pour le travail que vous faites et aussi pour la présentation que vous avez pris le temps de préparer et d'aider à partager et à soutenir les personnes qui travaillent dans ces, euh, défis et situations et les communautés avec lesquelles nous travaillons. Je remercie donc tout le monde d'être venu. Nous attendons avec impatience de vous voir lors des prochains webinaires. Euh, et de poursuivre avec vous, tous ceux qui ont laissé leurs coordonnées. Sur ce, nous vous remercions. Hum, et à bientôt. Et merci encore, Debbie. Nous nous reverrons bientôt.

[00:58:35] Merci beaucoup.