



Handicap après anoxie cérébrale par ACEH

Anne Peskine
Pascale Pradat-Diehl

Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière
Université Pierre et Marie Curie
ER 06
pascale.pradat@psl.aphp.fr



Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière

POLE DES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS



Les questions

- Quelles sont les séquelles neurologiques?
 - Motrices
 - Cognitives et comportementales
- Quelles sont leur retentissement en terme de handicap
 - Autonomie en vie quotidienne simple/ complexe
- Dans quelle proportion?
- Quels sont les facteurs pronostiques de la récupération?

Etude sur les séquelles neurologique après Anoxie Cérébrale (Pesquine et al, 2004, 2010)

- Choix d'un seul mécanisme étiologique
 - Arrêts cardiaques extra hospitaliers (ACEH)
« ressuscités »
- Adressés en consultation ou hospitalisation en MPR pour des séquelles neurologiques
- Une première étude rétrospective sur 12 patients (Pesquine et al, 2004)
- Poursuite de l'étude prospective sur 30 patients inclus (Pesquine et al, 2010)

Anoxie après ACEH

- 30 sujets, 11 femmes, 19 hommes
- Âge lors de l'Arrêt Cardiaque
- 16 à 58 ans, moyenne 39.5ans
- 8 patients de moins de 30 ans
- Délai entre 1 an et 10 ans

Anoxie après ACEH

Causes

- 13 infarctus du myocarde,
- 8 troubles du rythme ventriculaire, 3 dysplasies arythmogènes du ventricule droit, 2 syndrome de Wolff Parkinson White,
- 2 myocardiopathies, 1 asystolie.

Durée arrêt / réanimation

- 4 à 30 min, moyenne 12.2 min.
- Donnée très souvent manquante (12 patients/30)

Déficit fonctionnel (Barthel, GOS)

2 groupes de patients

- 15 patients ont une perte de l'autonomie dans les activités simples de la vie quotidienne (AVQ)
 - GOS 3 : Handicap grave, sujet conscient mais dépendant, déficits fonctionnels importants
 - Barthel < 50
- 15 patients sont autonomes dans les Activités simples de la vie quotidienne (AVQ)
 - GOS 4 : Handicap modéré, sujet indépendant
 - Barthel 100
- Pas de différence en fonction des données initiales **disponibles** (durée de l'arrêt cardiaque/ durée de la réanimation)

Perte de l'autonomie dans les Activités simples de Vie Quotidienne (GOS 3)

- Troubles moteurs 9/ 15
 - Hypertonie et Akinésie
 - Dystonie membres supérieurs ou membres inférieurs
- Incontinence urinaire
- Troubles de la communication (7) sans aphasie
- Troubles du comportement dont troubles du comportement alimentaires (anorexie, hyperphagie)
- Syndrome Frontal (10 réductions de l'activité/ 5 désinhibition)
- Syndrome Amnésique (12), troubles de la mémoire (15)
- Trouble visuospatial avec trouble de la reconnaissance visuelle (2)
- Peu de bilan cognitifs réalisables et comparables

Troubles cognitifs

- Bilan neuropsychologique
 - Troubles **mnésiques** (se souvenir des événements récents, mémoire prospective)
 - Troubles des **fonctions exécutives** (contrôle de l'action : initiative, mise en route)
 - Troubles **attention** (concentration, attention divisée)
 - Troubles de la **mémoire de travail**
 - Troubles du **comportement**
 - **Bilan écologique** des fonctions exécutives (Chevignard et al, 2000, 2008)
- Retentissent sur les activités complexes
 - Courses, cuisine, déplacements dans la ville, activité professionnelle

Troubles comportementaux

- Troubles comportementaux « mineurs »

Rapportés par la famille : « il n'est pas comme avant, plus irritable. Il ne supporte aucun changement, tout doit être organisé à l'avance et ne plus changer, sinon il s'énerve ou il est perdu ».

Par le patient : « tout va bien. Ma femme dit que j'ai changé mais j'étais déjà comme ça avant. Je suis un flemmard, quoi. (pédiatre, 3 vacations hospitalières, 1 cabinet en ville, nombreuses activités associatives avant l'arrêt cardiaque, plusieurs missions humanitaires) ».

En résumé

- Ces études confirment
 - les séquelles motrices et cognitives
 - le retentissement en terme de handicap
- Mais pas
 - la fréquence des autres modes de récupération (les patients sans séquelle/ les états végétatifs chroniques)
 - les facteurs prédictifs
 - Le décours temporel de la récupération
 - La place de la prise en charge en rééducation et réadaptation

La fréquence des troubles séquellaires

- Les optimistes
 - Pas ou peu de séquelles invalidantes (Guerot 1996, Cronberg 2009)
- 40% de séquelles graves (Liberthson 1974)
- Dépendent de la sensibilité des mesures
- Tiainen et al 2008 44 suivis sur 70 patients inclus
 - 5 handicap sévère 12%
 - 10 handicap modéré 22%
 - 29 sans séquelles 66%
- Peskine en cours
 - 8 patients suivis à distance/ 13 patients inclus entre Mars 2008-2009/ 5 DC
 - 2 handicap sévère 25%
 - 3 handicap modéré 37%
 - 3 séquelles cognitives très discrètes à 1 an 37%

La fréquence des troubles séquellaires

- Les optimistes
 - Pas ou peu de séquelles invalidantes (Guerot 1996, Cronberg 2009)
- 40% de séquelles graves (Liberthson 1974)
- Dépendent de la sensibilité des mesures
- Tiainen et al 2008 44 suivis sur 70 patients inclus
 - 5 handicap sévère 12%
 - 10 handicap modéré 22%
 - 29 sans séquelles 66%
- Peskine (non publié)
 - 8 patients suivis à distance/ 13 patients inclus entre Mars 2008-2009/ 5 DC
 - 2 handicap sévère 25%
 - 3 handicap modéré 37%
 - 3 séquelles cognitives très discrètes à 1 an 37%

Hypothèse du devenir

10% EVC EPR

45% Séquelles neurologiques « visibles »

20% séquelles invisibles

25% sans séquelle

Étude prospective PHRC Hannox

- Inclusion systématique en réanimation
 - Éveil à 15 jours
- Suivi systématique neurologique et cognitif régulier pendant 2 ans
- Mesure des critères de pronostic
 - Clinique
 - Radiologique
 - Electrophysiologique

Conclusion

- Difficulté d'évaluation des séquelles cognitives en réanimation
- Organisation de filières de suivi après la réanimation ou la cardiologie
- Évaluation systématisée et une prise en charge adaptée en rééducation et réadaptation des troubles séquellaires

