

# DEFICIENCES et VIE QUOTIDIENNE après AVC

Dr F Colle  
Médecine Physique et de Réadaptation  
CH Sainte Anne

Formation CRFTC 1 juin 2017

# Sommaire

- Déficiences et Handicap. Classification Internationale du Fonctionnement (CIF)
- Principes de la Rééducation
- Pronostic/ Contre indications
- Les filières/MPR et SSR/L'Equipe
- La Marche
- La Préhension
- Troubles cognitifs
- Troubles vésico sphinctériens
- Sexualité
- Réadaptation

# Déficiences et Handicap

- Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute **limitation d'activité** ou **restriction de participation à la vie en société** subie dans **son environnement** par une personne en raison de l'altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions **physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques** d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant . **Loi n° 2005-102**

# Médecine Physique et de Réadaptation

- Spécialité dont le rôle est de coordonner et d'assurer la mise en application de toutes les mesures visant à **prévenir** ou à **réduire** au minimum évitable les conséquences **fonctionnelles, physiques, psychiques, sociales et économiques** des déficiences ou incapacités

# Les structures

- Les services de SSR à orientation neurologique: SRPR- H complète, HDJ, l'HAD-R
- Les autres services de SSR (polyvalente, gériatrique)
- Les structures pour patients végétatifs et pauci relationnels
- La rééducation en Libéral

# Une équipe pluridisciplinaire

- Le médecin de MPR
- Les kinésithérapeutes
- Les ergothérapeutes
- Les orthophonistes
- Les neuropsychologues
- Les psychomotriciens
- Les assistantes sociales
- Les psychologues
- Les infirmières
- Les aides soignants
- Les orthésistes

# Pronostic

- **Facteurs de mauvais pronostic fonctionnel**
  - Sévérité des troubles neurologiques initiaux
  - Troubles vésico-sphinctériens sup 3 mois
  - Troubles de déglutition sup 3 mois
  - Troubles neuropsychologiques
  - Comorbidités
  - Troubles neurologiques préexistants
  - Retard de rééducation
  - Isolement social

# Pronostic: le problème de l'âge

- Risque + élevé de décès dans les 6 premiers mois
- Fréquence diminuée de prise en charge en MPR
- Pronostic fonctionnel non différent
- **Nécessité d'une adaptation de la rééducation: type, intensité, objectifs**



# Pronostic/localisation

- 4% AVC ischémiques carotidiens totaux
- 55% AVC carotidiens partiels
- 62% AVC vertébro basilaires

**recupèreraient une indépendance fonctionnelle ( Rankin)**

- **80% marchent**
- **4 à 9% fonction normale du Msup**

# Pronostic meilleur si SSR Neurologique

- Étude 2009: données du PMSI
- Hospitalisation post AVC: 106927 p
- Orientation SSR: 28201 patients
- 31% vers SSR neuro, 69% SSR polyvalent ou gériatrique (+ âgés mais dépendance idem)
- Meilleur pronostic fonctionnel,
- Moins de décès
- Moins d'institutionnalisation au décours

# Pronostic/Objectifs/ Plan de soins personnalisé

- Déterminer les **objectifs de rééducation** avec le **patient +/- ses proches**
- Estimer la **durée** nécessaire pour atteindre ces objectifs

# Contre-indications

## ☐ Affection médicale grave :

- Insuffisance cardiaque, angor,
- Insuffisance rénale sévère
- Diabète instable
- Pathologie rhumatismale évolutive
- Troubles mentaux non stabilisés

# La rééducation en **phase aigüe**

## le versant préventif –le versant curatif

- complications cutanées: installation, retournements
- complications thromboemboliques : jusqu'à 30% de phlébites asymptomatiques: AC, verticalisation
- complications ostéo articulaires: ostéoporose: verticalisation  
rétractions musculotendineuses: mobilisations passives,  
algodystrophie: écharpe, protection du Msup
- Kinésithérapeute, ergothérapeute, aide soignante, IDE

# Écharpe de Membre supérieur



# La Marche

- Les dogmes: la progressivité, les niveaux d'évolution motrice, le contrôle postural, l'inhibition des phénomènes sensitivo moteurs parasites
- Les techniques classiques: Bobath: le travail fonctionnel ne doit se faire que si la motricité involontaire (syncinésies) est parfaitement contrôlée
- Kabat, : la motricité réflexe est sollicitée par des informations sensibles sélectionnées
- Le reproche majeur: mise en situation fonctionnelle tardive
- Grand mérite: approche neuromotrice: **trouble de la commande**

# Les niveaux d'évolution motrice: chevalier servant





# La marche ( suite)

- Le Générateur Spinal de Marche
- Les techniques modernes: la marche en suspension sur tapis roulant, la marche robotisée
- Principes: activation des afférences neuromusculaires du générateur spinal par un mouvement de marche plus ou moins imposé par un dispositif externe
- Résultats controversés

# Lokomat, marche robotisée



# La marche (suite)

- **Le REENTRAINEMENT A L'EFFORT**

- Principes: capacité max à l'effort entre 55 et 75% capacité avant AVC, à 1 mois post AVC 60% capacité des sédentaires sains, Marche hémiplegique: surcoût énergétique 1,5 à 2 fois marche sujet sain

- Protocoles:

- Tapis roulant avec ou sans allègement, cycloergomètre

- Mais aussi: station assise prolongée, verticalisation...

- Résultats: amélioration V de marche, endurance,

- longueur, symétrie,



# La Préhension

- La Rééducation en kinésithérapie
- La Rééducation en ergothérapie
- Les robots
- La contrainte induite



# La contrainte induite

- Le principe de **non utilisation acquise**: aggrave encore le déficit
- S Tower: singe la récupération du membre parétique est meilleure chez les animaux dont le membre sain a été immobilisé
- Wolf(1989)Taub(1993: étude randomisée)
- Immobilisation du Msup sain pendant + 80% temps d'éveil associée à rééducation intensive montre une amélioration fonctionnelle de la préhension

# L'Aphasie: trouble du langage

- Approche **Neurolinguistique**: unités lexicales, syntaxe, phonologie... descriptif ++
- Approche **Cognitive**: traitement de l'information
- Approche **Pragmatique** (fonctionnelle: communication)

# La Négligence Spatiale Unilatérale G

- **Définition: Défaut de prise en compte des informations sensorielles en provenance de l'hémi espace G, une modification des actions dirigées vers cet hémi espace et des modifications comportementales**
- **Bilan: Batterie du GEREN**
  - Tests visuo-perceptifs: détails image, figures enchevêtrées
  - Tests visuo-graphiques: copie de dessins, barrages de lettres, bissection de lignes
  - Tests fonctionnels: Bergego
- o **Traitement**
  - Indiçage, ancrage, disposition de la chambre
  - Stimulation calorique vestibulaire controlatérales
  - Vibrations des muscles postérieurs du cou
  - Prismes
  - Orthèse de Bon Saint Côme

# Héminégligence tests papier crayon





# Les troubles vésicosphinctériens

- **Fréquents ++**: lésions frontales et protubérantielles
  - En période de rééducation: 30% patients
  - Fort retentissement patient/ famille
1. Incontinence, pollakiurie++ ! Incontinence sur regorgement
  2. Rétention

Mécanismes: Hyperactivité du détrusor ++, hypertonie urétrale BUD

# Traitement

- Avant tout: évacuation d'un **fécalome**, ttt d'une **infection urinaire**, traitement des **lésions cutanées**, équilibre des **apports hydriques**, ttt d'un obstacle urologique
- Catalogue mictionnel- Bladder scan
- **Rééducation comportementale**
- Ablation sonde à demeure, sondages intermittents
- Ttt médicamenteux

# Troubles ano-rectaux (1)

- **Fréquents++**
- **Constipation 35 à 60%**
  - Multifactorielle
    - Alitement, tt, régime non adapté
    - Lié à l'AVC : paralysie motrice ano-rectale, troubles sensitifs ano-rectaux, asynchronisme abdomino-pelvien
- Ttt toujours nécessaire
  - Régime, apports hydriques
  - Mucilages
  - Suppositoires exonérateurs par distension rectale
  - Lavements évacuateurs, évacuation fécalome
  - Verticalisation, massages en cadre, installation, marche

# Troubles ano-rectaux (2)

- **Incontinence anale 14%**
  - Causes iatrogènes (sédatifs, fécalome)
  - Liée à l'AVC : paralysie sphinctérienne, troubles de conscience initiaux, troubles psychocomportementaux
  - Ttt
    - Régularisation transit
    - Exonération ampoule rectale
    - Rééducation périnéale par biofeedback
    - Tampons obturateurs

# Troubles de la sexualité (1)

- 16 à 75% selon études: insuffisamment parlés en pratique courante
  - + fréquents et sévères si déficit et dépendance élevés -  
Augmentent avec troubles cognitifs et troubles de l'humeur
  - Amélioration dans les 2 à 3 ans
  - Troubles érectiles 66%;éjaculation 63%;Altération qualité de l'orgasme chez la femme 81%;Réduction fréquence des rapports sexuels dans 50 à 75 % cas; Troubles du désir sexuel 55%

# Troubles de la sexualité (2)

## Multifactoriels

- Diminution ou perte de sensibilité
- Modification de l'image du corps (« moitié » d'homme ou de femme)
- Place dans le couple/la famille
- Installation (lit médicalisé)
- Peur d'un nouvel AVC

## Traitement

- Raideurs neurologiques, spasmes
- Douleurs, troubles sensitifs
- Rôles de conjoint / soignant = aides extérieures
- Prise en charge du couple

# La Spasticité

- Définition: exacerbation du réflexe myotatique
- Echelles: Ashworth modifiée
- A mettre en regard du bilan fonctionnel

# La Spasticité/Retentissement

- Les déformations orthopédiques (modification des propriétés mécaniques du muscle qui se raccourcit): ex varus équin
- Les mouvements anormaux
- Les postures anormales
- Les douleurs



# Le pied varus équin



# La Spasticité/ Prévention/Objectifs du traitement

## Prévention

- Installation (mousses, postures, arceau++...)
- Prévention et traitement des épines irritatives (escarres, fécalomes, lithiases...)

- **Mobilisations**



## Traitement

- A définir de manière individuelle pour chaque patient
  - Hygiène, Confort
  - Fonction: marche, préhension

# Traitements de la spasticité

- **Généraux:**

- Baclofène, BZD, Dantrolène sodique, Tizanidine, Gabapentine
- Nombreux effets secondaires, système nerveux central, hépatiques
- **Assez peu efficaces**

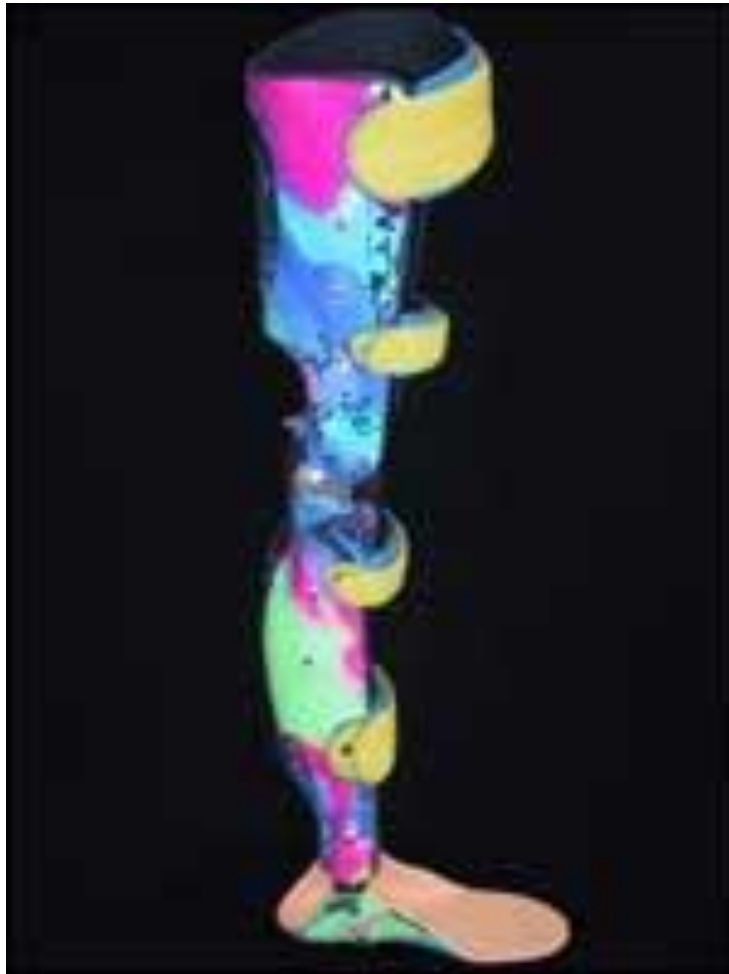
- **Locaux: Toxine Botulinique, Alcoolisations**

- Souvent précédés de blocs moteurs (faire la part entre hypertonie et rétraction musculotendineuse)
- Chirurgicaux: neurotomies
- Baclofène intrathécal

# L'appareillage

- Le Membre Inférieur
  - Orthèses: cruro pédieuses, releveurs rigides, dynamiques, chaussures orthopédiques
  - Matériaux légers , thermoformables
  - Indications temporaires
  - Indications prolongées
  - Le contrôle

# Orthèse cruro pédieuse



# L'Appareillage

- Le membre supérieur
  - Orthèses de repos
  - Orthèses fonctionnelles
- Les fauteuils roulants

# Les Aides Techniques: Fauteuils



# Le Couteau Fourchette



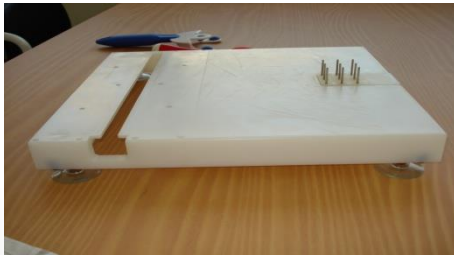


# VIE QUOTIDIENNE: Aides techniques(1)

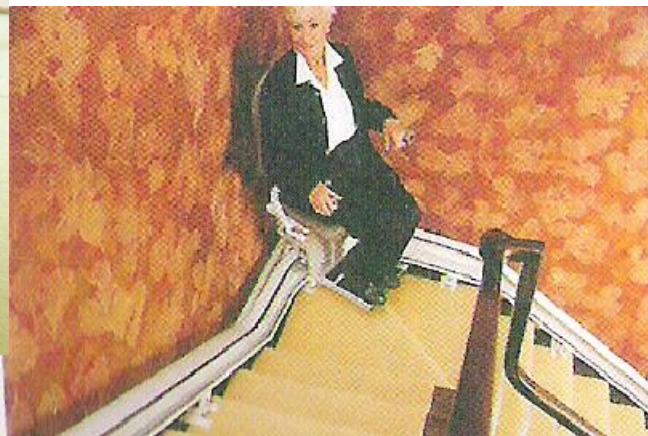
- Toilette



- cuisine



# VIE QUOTIDIENNE: Aides techniques(2)



# LA READAPTATION

- Domicile
- Déambulation Accessibilité Domotique
- Les aides sociales (MDPH, APA...)
- Retour au travail
- Réinsertion (UEROS)
- Associations de malades
- Sport et handicap

# Travail et Handicap

- Loi 11-02-2005: tte entreprise sup à **20 salariés** doit employer des travailleurs handicapés dans la proportion de **6%** des effectifs ou contribution financière à l'AGEFIPH

# Reprise de travail (1)

- Sur 120 000 patients AVC/an en France, 25% ont moins de 60 ans, 5% moins de 45 ans
- 2 principales études françaises
- **Taux de réinsertion 65 et 75 %**
- Facteurs prédictifs
  - NIHSS entrée
  - GOS

# Reprise de travail (2)

- Aménagements de postes; Ancien travail repris 1 fois / 2
- Pas de lien avec type, localisation d'AVC,
- Lien négatif avec déficit moteur, aphasie, apraxie, agnosie, troubles mnésiques
- Séquelles motrices( Sollicitations physiques, Difficultés à se rendre au travail)
- HLH, épilepsie mal contrôlée
- Séquelles cognitives
- Fatigue : 30 à 68%

# Reprise du travail (3)

- **Rôle de la MDPH**

- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) loi du 30/06/75
- Certificat médical
- Taux d'incapacité :
  - Catégorie A : handicap faible-> droits aux employeurs, aménagements postes de travail, bilans compétence
  - Catégorie B: handicap modéré-> idem
  - Catégorie C: handicap sévère->allocations, tierce personne

**UEROS- Stages de Réinsertion- Aide à l'Orientation**

**Milieu Protégé- Milieu Ordinaire**

# Reprise du travail (4)

- **Rôle de l'Assurance Maladie**
  - Indemnités journalières, durée max 3 ans
  - Reprise temps partiel thérapeutique
    - Statué par le médecin conseil
  - Mise en invalidité = fin indemnités journalières
- **Rôle de l'ANPE**
  - Accès privilégié aux contrats aidés par l'état : contrat initiative-emploi, contrat emploi-solidarité, contrat emploi consolidé
- **Réseaux Cap Emploi**
- **Rôle de l'AGEFIPH**
  - Primes à l'entreprise; Expert emplois/aménagements; Frais de transports, aménagement véhicule...
- **Rôle du médecin du travail**
  - Gestion dossier AGEFIPH
  - Visite de pré reprise à la demande du patient



# Reprise de la Conduite

- Reprise de travail
- Epilepsie: CI
- Facteurs limitant: attentionnels, mnésiques, comportementaux, neuro-visuels +++ NSU
- Commission médicale du permis de conduire de la préfecture
- Organismes habilités à tests de conduite
- Aménagement du véhicule: financement MDPH

# Conclusion

- **Filières**
- Précocité
- Objectifs **Individualisés**
- Complexité
- Intensité
- Pluridisciplinarité
- Liens avec la ville/ neurologues, médecins généralistes/ libéraux paramédicaux /Organismes/Associations/ médecins du travail

MERCI DE VOTRE ATTENTION

