

DEFICIENCES et VIE QUOTIDIENNE après AVC

Dr F Colle
Médecine Physique et de Réadaptation
CH Sainte Anne

Formation CRFTC 8 mars 2018

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
- Les APA

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/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/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 musculo tendineuses: mobilisations passives,
algodystrophie: écharpe, protection du Msup
- Kinésithérapeute, ergothérapeute, aide soignante, IDE

Écharpe de Membre supérieur



La Marche

- **Les dogmes:**
 - Progressivité
 - Niveaux d'évolution motrice
 - Contrôle postural
 - Inhibition des phénomènes sensitivo-moteurs parasites
- **Les techniques classiques:**

Ex : Bobath: travail fonctionnel ssi motricité involontaire (syncinésies) contrôlée

- Le reproche majeur: mise en situation fonctionnelle tardive
Modernisation
- 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 +/-imposé par un dispositif externe
- Résultats controversés
- Association des techniques
- Aspects motivationnels

Lokomat, marche robotisée



La marche (suite)

- **Le REENTRAINEMENT A L'EFFORT**

- **Principes:**

- Capacité max à l'effort : 55 à 75% capacité avant AVC

- à 1 mois post AVC: 60% capacité des sédentaires sains,

- Marche hémiplégique: surcoût énergétique 1,5 à 2 fois marche sujet sain

- **Protocoles :**

- Tapis roulant avec ou sans allègement, cycloergomètre

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

- Résultats: amélioration V de marche, endurance, longueur, symétrie,



La Préhension

- Prévention des complications
- Rééducation en kinésithérapie
- Rééducation en ergothérapie
- Robots
- Rééducation des troubles associés
- Relatéralisation
- Compensations

- La contrainte induite



La contrainte induite

- **Non utilisation acquise:** aggrave encore le déficit
- S Tower: singe: récupération du membre parétique meilleure si membre sain immobilisé
- Wolf(1989)Taub(1993: étude randomisée)
- Immobilisation du M sup sain : + 80% temps d'éveil + rééducation intensive
- 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

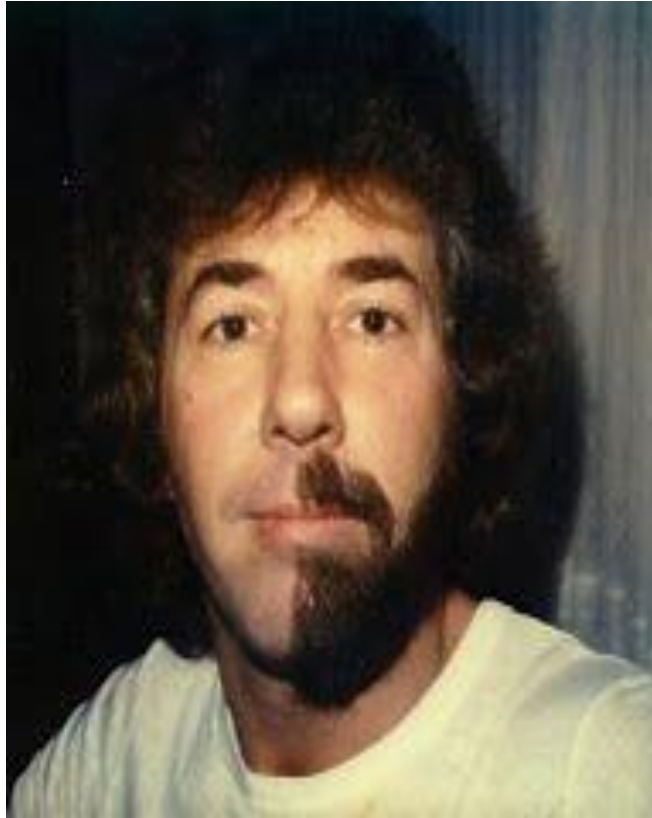
- **Définition**

- Défaut de prise en compte des **informations sensorielles** en provenance de l'hémi espace G
- Modification des actions dirigées vers l' hémi espace
- Modifications comportementales

Héminégligence tests papier crayon







- **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

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

Bilan: Bilan Urodynamique

Traitement

- **Avant tout:**
 - Evacuation d'un **fécalome**,
 - Ttt d'une **infection urinaire**,
 - Ttt de **lésions cutanées**,
 - Equilibre des **apports hydriques**,
 - Ttt d'un obstacle urologique
-
- Catalogue mictionnel- Bladder scan
-
- **Réducation 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%
 - Troubles éjaculation 63%
 - Altération qualité de l'orgasme chez la femme 81%
 - Réduction Fqce des rapports sexuels 50 à 75 %
 - 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**

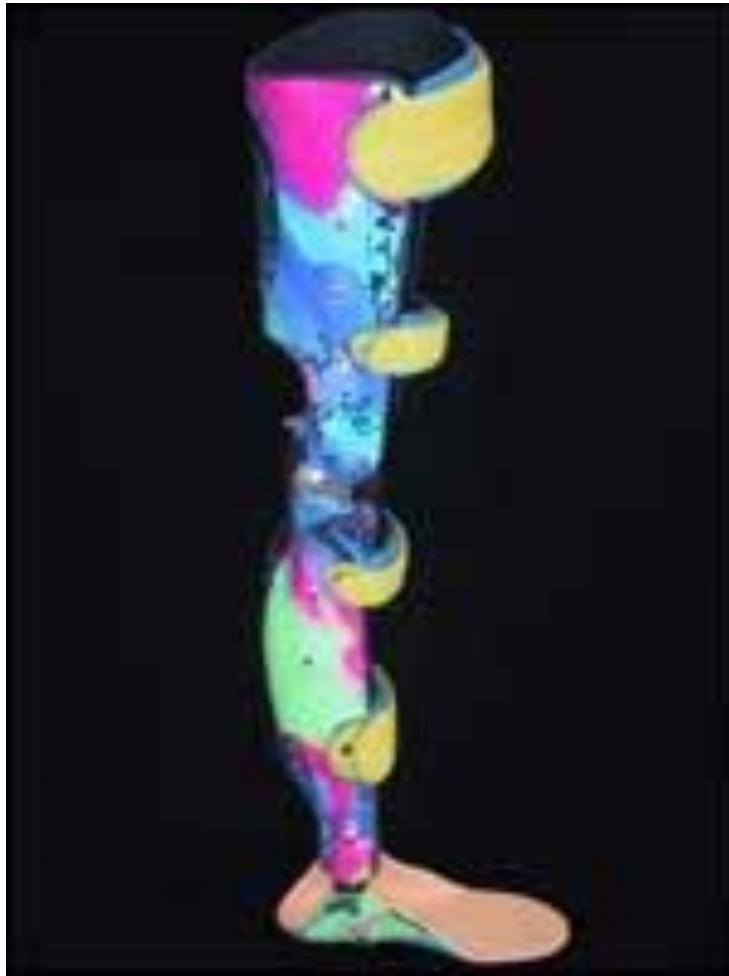
- **Locaux: Toxine Botulinique, Alcoolisations**

- 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

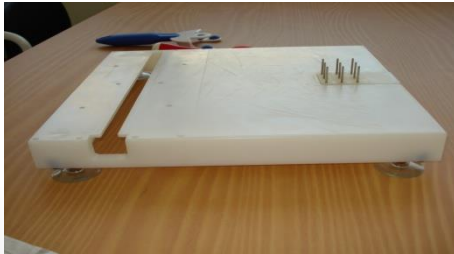


VIE QUOTIDIENNE: Aides techniques(1)

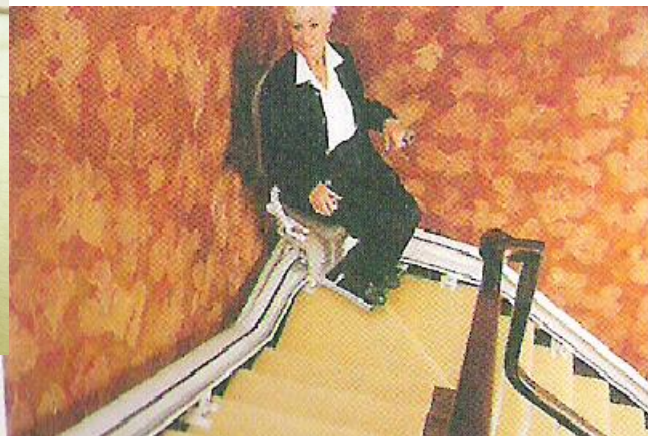
- Toilette



- 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

