

MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

LA RÉÉDUCATION DE L'HÉMIPLÉGIQUE VASCULAIRE À LA PHASE AIGÜE (AVC datant de moins de 14 jours)

A. Hajjioui^{*(1,3)}, A. Boumehraz^{***(1)}, M. Chaiba^{***(1)}, M. Fourtassi^{*(2)}

*Professeur assistant en Médecine Physique et de Réadaptation. Laboratoire des neurosciences cliniques, **Kinésithérapeute

⁽¹⁾ Faculté de médecine et de pharmacie. Université Sidi Mohammed Benabdallah. Fès.

⁽²⁾ Faculté de médecine et de pharmacie. Université Mohammed Premier. Oujda.

⁽³⁾ Service de médecine physique et de réadaptation, CHU Hassan II. Fès

La prise en charge rééducative précoce des patients souffrant d'un AVC fait actuellement l'objet d'un large consensus fondé sur l'expérience des unités Neuro-vasculaires et constitue également une des recommandations des hautes instances œuvrant dans le domaine de la santé, telle la Haute Autorité de Santé française (HAS). Ainsi, dès son admission dans un service de Neurologie ou dans une unité Neuro-vasculaire, le patient ayant eu un AVC doit bénéficier, parallèlement à la prise en charge médicale classique, de soins spécifiques relevant du domaine de la rééducation fonctionnelle et faisant intervenir non seulement les rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes et orthophonistes travaillant sous la coordination d'un médecin MPR) mais également l'équipe soignante (infirmiers, aides-soignants et médecins).

La prise en charge rééducative précoce des patients AVC en phase aiguë (avant J14) doit être axée sur trois principaux objectifs : la prévention des complications de décubitus, la préservation du capital fonctionnel et la promotion du confort et de la sécurité du patient. A la fin de cette phase, une évaluation attentive permettra de prendre la décision d'orientation future du patient, soit à domicile, soit dans un service spécialisé en Médecine Physique et de Réadaptation pour poursuivre sa rééducation fonctionnelle.

PRÉVENTION DES COMPLICATIONS

Les patients hémiplegiques peuvent rapidement développer un certain nombre de complications mettant en jeu toujours le pronostic fonctionnel et pouvant parfois, engager le pronostic vital. On distingue les complications directement en rapport avec le décubitus, souvent majorées par les déficiences neurologiques et par les complications en rapport avec la lésion neurologique, souvent majorées par des facteurs iatrogènes. Les équipes médicales et para-médicales (soignants et rééducateurs) jouent un rôle fondamental dans la prévention et le dépistage précoce de ces complications mais elles peuvent aussi en être la cause d'où l'intérêt d'une formation continue des différents intervenants.

COMPLICATIONS THROMBO-EMBOLIQUES

La prévalence des complications thrombo-emboliques dans l'hémiplegie vasculaire est très variable d'une étude à l'autre et notamment d'un stade évolutif à l'autre.

A la phase aiguë, l'incidence des thromboses veineuses profondes (symptomatiques et silencieuses) peut atteindre 45%, mais elle ne dépasse pas les 10% à la phase subaiguë. Le risque de développer une thrombose veineuse profonde en post-AVC augmente avec l'âge, la sévérité de l'AVC, la paralysie des membres inférieurs, les troubles de consciences, l'obésité, une durée d'hospitalisation prolongée et des antécédents de thrombophlébite. Dans 10 à 15% des cas, ces thromboses veineuses peuvent être à l'origine d'embolies pulmonaires mettant en jeu le pronostic vital.

Les symptômes cliniques d'une thrombophlébite (rougeur, œdème, douleur) sont souvent absents chez les patients hémiplegiques d'où l'intérêt d'une vigilance accrue pour dépister le moindre signe suspect. La prévention de ces complications est basée essentiellement sur l'anti-coagulation préventive (héparines à bas poids moléculaires), mais dont l'usage reste très controversé notamment dans les AVC hémorragiques de peur d'aggraver le saignement.

D'autres interventions non médicamenteuses peuvent également participer à la prévention de ces complications, tel le port de bas de contention qui reste recommandé même en l'absence de preuves tangibles de son efficacité. La facilitation du drainage veineux chez les patients alités fait également partie des mesures préventives des thromboses veineuses par diminution de la stase veineuse. Elle consiste en une installation au lit avec jambes surélevées pour faciliter le retour veineux, ainsi qu'un lever aussi précoce que possible pour diminuer la durée d'alitement quotidienne.

COMPLICATIONS RESPIRATOIRES

Les infections respiratoires et notamment les pneumopathies par inhalation constituent la principale cause de mortalité à la phase aiguë en post-AVC. Elles sont responsables de 20 à 30% de la mortalité suite à un AVC. Ces pneumopathies résultent essentiellement des troubles de la déglutition très fréquents chez les hémiplegiques en phase aiguë et souvent responsables de fausses routes dites silencieuse car ne déclenchant pas le réflexe de toux. L'évaluation spécifique de ces troubles de la déglutition et leur prise en charge précoce constituent le principal moyen de prévention des complications respiratoires, et seront abordés dans un article à part.

Par ailleurs, la toux qui est un mécanisme protecteur permettant de dégager les voies aériennes et de les protéger contre

MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

LA RÉÉDUCATION DE L'HÉMIPLÉGIQUE VASCULAIRE À LA PHASE AIGUË

les fausses routes, est souvent faible voire inefficace chez les patients hémiplegiques, notamment à la phase aiguë, ce qui augmente le risque d'infections respiratoires. Ainsi, **la kinésithérapie de désencombrement respiratoire est recommandée chez tous les patients encombrés (par fausses routes salivaires ou par excès de production du mucus bronchique) et incapables de tousser efficacement.**

COMPLICATIONS CUTANÉES

Les escarres résultent d'une ischémie cutanée par compression des petits vaisseaux irrigant la peau entre une surface osseuse et un plan dur (lit, fauteuil, orthèse...). Elles constituent une porte d'entrée pour les infections nosocomiales et sont très difficiles à traiter, notamment pour les stades avancés. Cependant, ces escarres sont pratiquement toujours évitables si les bons gestes sont appliqués dès l'admission du patient, ce qui a contribué à la très nette diminution de leur fréquence dans les structures sanitaires qui les appliquent, comme dans les pays développés.

Le risque d'apparition d'une escarre dépend de plusieurs facteurs dont l'âge avancé, le poids (sujet obèse ou très maigre), le déficit moteur (limite la capacité de s'auto-mobiliser pour changer de position), le déficit sensitif (incapacité de détecter la douleur en début du processus d'ischémie), les troubles de consciences, la macération (sudation importante, incontinence urinaire...) et l'état nutritionnel (défaut d'apport protéique). Le score de Waterloo est une échelle validée qui évalue le risque d'escarre en tenant compte de l'ensemble de ces facteurs et d'autres encore⁽⁴⁾. Ce score permet de classer le risque d'escarre en risque majeur (score supérieur à 20), modéré (score entre 15 et 20), minime (score entre 10 et 15) ou nul (score inférieur à 10), ce qui permettra de choisir le support adapté pour chaque patient. Il existe plusieurs types de matelas anti-escarres allant de la simple mousse (risque minime) au matelas à air compressible alternatif (risque majeur). Le choix du support adapté dépend essentiellement de l'importance du risque d'escarre mais aussi, surtout dans notre contexte, de la disponibilité de ces supports dans les structures de soin.

La mise en place d'un support anti-escarre ne dispense pas de la nécessité de changer régulièrement de position, toutes les 3 heures environ avec alternance de la position en décubitus dorsal, décubitus latéral sur le côté sain et si possible décubitus latéral partie sur le côté hémiplegique.

Une hygiène exemplaire constitue le 3^{ème} pilier de la prévention anti-escarre car elle permet de lutter contre la macération : donner des toilettes complètes aux patients chaque fois que possible avec un essuyage parfait, changement fréquent des draps mouillés, notamment par la sueur en période estivale, changement fréquent des couches chez les femmes en situation d'incontinence et usage des étuis péniens à privilégier chez les hommes. La sonde urinaire peut être exceptionnellement indiquée en cas d'escarre sacrée chez la femme pour que la cicatrisation ne soit pas gênée par la macération urinaire.

ALGODYSTROPHIE

L'algodystrophie du membre supérieur parétique ou syndrome épaule-main est une complication redoutable du fait de l'importance des séquelles (raideurs articulaires, douleur résiduelle) et de la difficulté de son traitement (peu de moyen thérapeutiques efficaces). **Elle est directement favorisée par toute mobilisation intempestive du membre supérieur parétique.** Ainsi, sa prévention est basée essentiellement sur la sensibilisation de l'équipe soignante d'une part, pour veiller à une bonne installation du patient (au lit ou au fauteuil) et d'autre part, sur l'éducation de la famille et des aidants pour éviter toute traction intempestive sur le bras paralysé lors de l'assistance au patient (toilette, habillage, changement de position...).

PRÉSERVATION DU CAPITAL FONCTIONNEL

La mobilité des articulations et la trophicité musculaire constituent un véritable capital pour la fonction de l'appareil locomoteur. Toute immobilisation ou alitement prolongé peut entraîner une réduction de ce capital par défaut d'utilisation. En effet, la non utilisation motrice des membres entraîne assez rapidement une raideur articulaire, une faiblesse musculaire par amyotrophie et une rétraction musculo-tendineuse si les muscles restent immobiles dans une position courte. Ces complications orthopédiques peuvent être causées par le simple décubitus prolongé quelle qu'en soit la cause, mais se trouvent accélérées et aggravées chez l'hémiplegique, en particulier par le déficit moteur, la spasticité et la douleur favorisant des attitudes vicieuses.

LA MOBILISATION ARTICULAIRE

La prévention des complications orthopédiques est basée essentiellement sur la mobilisation pluriquotidienne de toutes les articulations, dans toute leur amplitude. Cette mobilisation est réalisée par le kinésithérapeute. Elle concerne essentiellement le côté hémiplegique dont les articulations seront mobilisées de façon passive et douce, mais il ne faut pas oublier d'éduquer la patient pour qu'il réalise des auto-mobilisations de son côté sain.

SCHEMAS HABITUELS D'ENRAIDISSEMENT CHEZ LE PATIENT HÉMIPLÉGIQUE

- **Epaule** : attitude en adduction, rotation interne
- **Coude** : attitude en flexion (spasticité des fléchisseurs)
- **Main** : attitude en flexion des doigts, pouce en flexion adduction
- **Hanche** : attitude en rotation externe
- **Genou** : souvent en extension, mais risque de flexion par rétraction des fléchisseurs
- **Cheville** : attitude en équin, aggravé par la spasticité du triceps.

L'INSTALLATION (Fig. 1,2,3,4)

Cette installation doit tenir compte de plusieurs paramètres :

- être confortables pour le patient pour favoriser l'observance;
- faciliter le retour veineux avec une position légèrement sur-élevée des membres supérieur et inférieur;
- être régulièrement changée pour éviter l'installation d'escarres sur les points de pression;
- s'opposer aux schémas habituels d'enraidissement notamment pour l'équin des chevilles : utiliser les coussins ou des gouttières de posture pour maintenir la cheville à 90° et éviter le poids des couvertures sur le dos du pied en décubitus dorsal. L'installation au fauteuil obéit aux mêmes principes avec une attention particulière au soutien du membre supérieur parétique et qui sera abordé plus en détails dans un article à part. La prise en charge précoce de la douleur et de la spasticité, constituent un complément indispensable à la prévention des complications orthopédiques.

CONFORT ET SÉCURITÉ DU PATIENT

Le confort physique et moral constituent des éléments à ne pas négliger dans toute prise en charge rééducative, notamment dans les pathologies neurologiques car **un patient qui souffre n'adhérera à aucun programme de rééducation**. La sécurité et l'éviction des accidents trouve également toute son importance chez ce profil de patients.

AMÉNAGEMENT DE L'ENVIRONNEMENT

Les éléments de la chambre du patient doivent être adaptés de façon à assurer le meilleur confort et la sécurité optimale chez tout patient. Ainsi chez le patient hémiplegique, les outils importants (sonnette d'appel, interrupteur pour la lumière de chevet, médicaments, téléphone...) doivent être placés du côté sain.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

La prise en charge de la douleur est encore très insuffisante dans nos structures de soin. La douleur est encore largement considérée, à tort, comme un problème secondaire et non nuisible. Au contraire, **la douleur par elle-même peut avoir un retentissement aussi bien physique que moral et entraver la bonne évolution de la maladie d'où l'intérêt de la traiter efficacement**.

COMMUNIQUER AVEC LE PATIENT

Contrairement aux autres pathologies, l'AVC entraîne un handicap d'installation brutale. Le patient se retrouve du jour au lendemain privé de son autonomie et complètement dépendant, ce qui constitue une situation très anxiogène d'autant plus qu'il ne reçoit pas d'explication sur ce qui lui arrive. La communication précoce avec le patient est indispensable et doit être axée sur la réassurance et l'information.



Fig. 1 : Positionnement sur le dos



Fig. 2 : Positionnement sur le coté hémiplégique



Fig. 3 : Positionnement sur le coté sain



Fig. 4 : Installation du patient sur le fauteuil roulant

MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

LA RÉÉDUCATION DE L'HÉMIPLÉGIQUE VASCULAIRE À LA PHASE AIGÜE

Cependant, l'existence d'une aphasie rend souvent toute communication quasi-impossible d'où l'intérêt d'une prise en charge précoce en orthophonie de tout trouble de communication. Cette prise en charge va initialement **se concentrer sur une démutisation du patient chaque fois que possible et sur la proposition de moyens alternatifs de communication** (classeur d'images simples) en attendant la récupération qui peut être très lente.

EBAUCHER LA RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

La rééducation fonctionnelle a pour objectif de promouvoir la récupération des déficiences par stimulation et modulation de la plasticité cérébrale. Ainsi, elle trouve tout son intérêt même à la phase aiguë en post-AVC où les phénomènes de plasticité sont très actifs. Cependant, cette rééducation doit être très douce en tenant compte de la fatigabilité des patients qui est majeure en cette phase. Elle est pratiquée par le kinésithérapeute au lit du patient et va essentiellement se baser sur des exercices d'éveil sensitif et moteur du côté hémiparétique. Dès que possible, des stimulations du tronc vont être entreprises pour favoriser le contrôle postural du tronc et par conséquent, la position assise.

ORIENTATION POST-AIGÜE

La rééducation fonctionnelle est le seul espoir pour tout patient hémiparétique n'ayant pas spontanément et rapidement récupéré de retrouver un niveau d'autonomie satisfaisant.

Ainsi, l'orientation vers des structures spécialisées en rééducation s'impose pour la majorité des patients.

A la fin de la phase aiguë et dès stabilisation médicale du patient, la décision de son orientation future doit être prise. Elle tiendra compte de plusieurs éléments cliniques (état médical, co-morbidités, risque d'aggravation ou de complications évolutives), fonctionnels (niveau d'autonomie, lourdeur des déficiences et des incapacités) et sociaux (entourage familial, qualité des aidants, éloignement géographique, adaptation du domicile au niveau du handicap).

Si le patient a suffisamment récupéré et qu'il dispose de moyens humains et financiers lui permettant de continuer sa rééducation à titre externe (en cabinet libéral de kinésithérapie et/ou d'orthophonie), il pourra regagner son domicile. Dans le cas contraire, ces patients doivent être adressés à des structures hospitalières spécialisées en Médecine Physique et de Réadaptation pour poursuivre leur prise en charge.

CONCLUSION

La prise en charge rééducative des patients en post-AVC doit démarrer le plus tôt possible, bien avant la sortie des services "chauds" de neurologie ou de neurovasculaire.

Elle répond à des objectifs spécifiques et doit tenir compte de l'organisation des soins à cette phase et de la fatigabilité majeure des patients.

RÉSUMÉ : L'intérêt de la prise en charge en rééducation de l'hémiparétique vasculaire à la phase aiguë est actuellement bien établi. Cette prise en charge a pour objectif de prévenir les complications, préserver le capital fonctionnel et promouvoir le confort et la sécurité du patient.

Elle fait appel à une équipe multidisciplinaire faite de rééducateurs mais également de soignants qui doivent avoir une formation spécifique.

SUMMARY : The importance of rehabilitation support in acute stroke patients is now well-established. This rehabilitation support aims to prevent complication, preserve the functional capital and promote patient comfort and security. It is delivered by a multidisciplinary team including rehabilitation therapists, but also caregivers who need specific training.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- **Accident vasculaire cérébral** : prise en charge précoce. Recommandations de bonne pratique de la Haute autorité de santé, Mai 2009
- 2- **Stroke Recovery and Rehabilitation**. New York: Demos Medical Publishing. 2009.
- 3- **A. Yelnik**. Installation de l'hémiparétique à la phase aiguë. La Lettre du Neurologue juin 2000; IV(3).
- 4-http://www.system.com/pdf_esc/Grille_devaluation_du_risque_descarre_de_Waterloo.pdf.

ANNONCE

Le Service de Médecine Physique et de Réadaptation du CHU HASSAN II FES organise, le samedi 15 Mars 2014, sa 3^{ème} Journée scientifique de médecine physique et de réadaptation sous le thème :

“LA PRISE EN CHARGE INTERDISCIPLINAIRE DE LA SPASTICITÉ”

à la salle de conférence de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès.