

Objectif 133 : Accidents vasculaires cérébraux

Module 9 : "Athérosclérose - Hypertension - thrombose"

Objectifs généraux du module

L'étudiant doit connaître les facteurs de risque, les complications et le traitement de l'athérome et de l'hypertension artérielle. La prise en charge du malade polyathéromateux doit être envisagée dans sa globalité, au long cours ou lors d'une complication. L'étudiant doit connaître les procédures de prévention, de diagnostic et de traitement de la maladie thrombo-embolique artérielle et veineuse.

OBJECTIFS de Médecine Physique et de Réadaptation

1 - Savoir identifier les différentes déficiences secondaires à un accident vasculaire cérébral et les signes cliniques associés qui peuvent avoir une incidence fonctionnelle (spasticité, raideurs articulaires, douleurs, troubles vésico-sphinctériens ou psychiatriques).

2 - Décrire les objectifs de la prise en charge de médecine physique et de réadaptation à la phase aiguë, à la phase de récupération puis au stade des séquelles de l'accident vasculaire cérébral.

1 - Ce qu'il faut comprendre

□ Les accidents vasculaires cérébraux sont à l'origine des déficiences multiples pouvant être isolées ou associées selon la topographie de la lésion.

□ Il peut s'agir de **déficiences** :

- motrices (hémiplégié, monoplégié, déglutition)
- sensorielles (hémianesthésie, hémianopsie)
- cognitives (aphasie, apraxie, agnosie, négligence, fonctions exécutives).

Ces déficiences sont à l'origine d'incapacités importantes qui peuvent concerner la marche, la préhension, la cognition (et la communication), et la continence sphinctérienne (Item 49 – Module IV).

□ Ces **incapacités** peuvent être majorées par des troubles cliniques associés qu'il faut rechercher à l'examen :

- troubles du tonus se manifestant initialement par une hypotonie puis par une spasticité avec hypertonie et hyper-réflexivité ostéo-tendineuse
- troubles orthopédiques :
 - subluxation inférieure de l'épaule
 - algodystrophie
 - rétractions musculaires avec enraidissement des articulations des doigts et du membre supérieur en flexion et de l'articulation de la cheville en varus équin.
- douleurs neurologiques (hyperpathie, allodynie, syndrome thalamique)
- troubles de l'humeur (dépression, réactions anxieuses)
- troubles vésico-sphinctériens et anorectaux.

□ A l'**examen clinique**, il faut savoir enfin distinguer les déficiences précédentes consécutives à la lésion vasculaire focale, d'un syndrome extrapyramidal, de troubles d'attention, de troubles de mémoire, de troubles de déglutition qui orientent vers des lésions plus diffuses en rapport avec une encéphalopathie vasculaire débutante.

□ L'objectif de la prise en charge est le **retour au domicile** et/ou la réinsertion professionnelle en fonction des incapacités mais aussi de l'entourage familial, du type de domicile..... Ces objectifs sont envisagés de manière précoce dès le début de la prise en charge.

2 - Ce qu'il faut savoir

A) A la phase aiguë d'un accident vasculaire cérébral

□ Les objectifs de la rééducation concernent prioritairement la **prévention des complications de l'immobilité** (Item 50 – Module IV) :

- Le patient doit être installé confortablement avec *posture* du bras hémiplégié afin de limiter l'appendement de l'épaule, prévenir l'apparition de douleurs articulaires et favoriser le drainage vasculaire.

- Des *massages de drainage vasculaire* des membres inférieurs en particulier du membre paralysé peuvent être prescrits en complément du traitement anti-agrégant pour lutter contre l'œdème de stase et le risque de thrombophlébite.

- Les *déformations articulaires* (flexum de hanche, équin du pied) doivent être prévenues par des mobilisations articulaires passives quotidiennes et un positionnement correct des articulations. Ces mobilisations peuvent être associées dans certains cas à des postures par exemple pour réduire un équin.

- Une *kinésithérapie respiratoire* avec aide expiratoire peut être également utile pour réduire le risque d'encombrement trachéobronchique et de pneumopathie secondaire soit à un terrain de bronchopneumopathie chronique, soit à des troubles de déglutition.

□ Dès le stade aigu, une **prise en charge orthophonique** peut être également prescrite pour l'évaluation et la rééducation d'une aphasie, d'une dysarthrie, de troubles de la parole ainsi que de troubles de **déglutition**. Ces derniers troubles sont fréquents à ce stade, à l'origine de fausse route silencieuses pouvant être compliquées de pneumopathie d'inhalation grave.

B) A la phase de récupération

□ Les objectifs fonctionnels sont multiples :

- acquisition d'un équilibre assis puis debout, bi- et unipodal

- acquisition des transferts (lit - fauteuil roulant ; fauteuil roulant – siège des toilettes)

- renforcement moteur et rééducation de la marche.

□ Ces objectifs seront réalisés par la prise en charge coordonnée impliquant les intervenants suivants : masso-kinésithérapeute, orthophonie, ergothérapeute, psychologue

□ A ce stade de l'évolution, il faut savoir évaluer l'amélioration fonctionnelle par l'utilisation d'échelle adaptée comme la Mesure d'Indépendance Fonctionnelle ou l'indice de Barthel

□ La récupération d'une autonomie peut également faire appel à :

- l'utilisation d'aides techniques ou d'orthèses, par exemple, du membre inférieur pour compenser un déficit persistant de la motricité distale

- l'adaptation de l'environnement (domicile, voiture...) pour réduire les situations de handicap

□ De plus, en fonction de l'évolution, peut être prescrit de façon transitoire ou définitive un fauteuil roulant manuel.

C) Au stade de stabilisation

□ Les objectifs d'une **rééducation kinésithérapique d'entretien** sont :

- le maintien de l'autonomie acquise et de l'adaptation à l'effort du patient

- la poursuite de la prévention des déformations orthopédiques secondaires. Ces déformations sont consécutives à l'évolution spastique de la paralysie (enraidissement en triple flexion du membre supérieur, déformation en varus équin du pied). En cas de spasticité invalidante, peut être

indiqué un traitement médicamenteux (baclofène, dantrolène sodique) ou des injections de toxine botulinique ou des traitements chirurgicaux (orthopédique, neurochirurgical) lorsque le trouble spastique prédomine sur certains muscles ou s'accompagne de déformations fixées.

□ Une rééducation orthophonique en cas d'aphasie associée pourra être poursuivie avec poursuite de la rééducation du langage et mise en place d'aides à la communication en cas d'aphasie d'expression ou d'aphasie globale sévère.

□ A ce stade, la fréquence des séances de rééducation (masso-kinésithérapie, orthophonie) est le plus souvent hebdomadaire.

□ Chez des patients jeunes seront envisagées les démarches nécessaires relatives à la réinsertion professionnelle (item 49 – Module IV).

□ Enfin, il faut savoir dépister, en cas de diminution de l'autonomie du patient, un syndrome dépressif associé, une pathologie médicale intercurrente ou un déclin cognitif dans le cadre d'une encéphalopathie vasculaire.

D) Calendrier des durées moyennes de prise en charge

□ La durée de la **phase de récupération** est en moyenne de 6 à 8 mois. Au delà de cette période, des progrès peuvent encore se produire mais sont beaucoup plus limités.

□ Durant cette période, la rééducation doit être **intensive** :

- souvent en service de Médecine Physique et de Réadaptation durant les

deux ou trois premiers mois dans les hémiplésies graves ;

- parfois d'emblée à domicile

- les séances de kinésithérapie doivent être quotidiennes (5 fois par semaine) et les séances d'orthophonie doivent également être fréquentes (malheureusement souvent limitées par le nombre d'orthophonistes).

- la durée est une moyenne et doit être adaptée en fonction des bilans faits régulièrement

□ A la **phase de stabilisation**, les modalités doivent être adaptées aux bilans :

• Séances de kinésithérapie :

- hebdomadaire (pour les modalités de prescription : voir module 4), à poursuivre parfois durant de nombreuses années si la spasticité est importante ;

- cependant, dans la plupart des cas, les séances peuvent être interrompues entre le 8^{ème} et le 12^{ème} mois ;

- puis reprises en cas de besoin et toujours en fonction des bilans et d'objectifs définis : baisses des performances fonctionnelles, raideurs articulaires, aggravation de la spasticité....

• Séances d'orthophonie :

Malgré une récupération qui reste optimale durant les premiers mois, l'orthophonie doit souvent être prescrite plus longtemps (un à deux ans, voire plus) afin de permettre une adaptation souvent difficile de la personne et de son entourage.