

# PEC en SSR post-AVC immédiat.

Dr Delphine LAMOTTE  
SSR neurologique  
CHAMS-Site Reine Hortense  
AIX LES BAINS



## Objectifs de la rééducation

- \* Favoriser la récupération neurologique
- \* Favoriser la récupération fonctionnelle
- \* Prévenir les complications liées à l'atteinte neurologique
- \* Aménager l'environnement
- \* Favoriser la réinsertion familiale, sociale, professionnelle....

## Limites de la rééducation

- \* Etat général du patient
- \* Atteinte cognitive sévère : compréhension et mémorisation+++
- ➡ incapacités à faire de nouveaux apprentissages
- \* Absence d'éléments de récupération
- \* Etat psychologique

## Effet de la rééducation

- \* Une rééducation adaptée prolongée permet de limiter le handicap résiduel Pollok A. Physiotherapy treatment approaches for the recovery of postural control and lower limb function after stroke. Cochrane database. 2007

La Récupération fonctionnelle du cerveau est améliorée par :

- \* un traitement rééducatif actif
- \* des programmes répétitifs et spécifiques permettent d'obtenir une récupération plus rapide et plus complète des fonctions lésées (travaux de neurophysiologie) Neural substrates for the effects of rehabilitative training on motor recovery after ischemic infarct. Nudo RJ; Science 1996

## Effet de la rééducation

- \* La rééducation et réadaptation améliorent:
  - \* L'autonomie dans les AVQ
  - \* La prévalence du RAD conférence de consensus sofmmer

## A l'arrivée en SSR: CHECK LIST

- \* Pour tout patient neuro:
  - \* Examen orthopédique
  - \* Examen neurologique
  - \* Examen vésico-sphinctérien
  - \* Examen ano-rectal
  - \* Examen Déglutition
  - \* Examen cognitif
  - \* Examen fonctionnel



PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

# PRISE EN CHARGE NEURO- ORTHOPEDIQUE

## Prise en charge orthopédique: objectifs

- \* Protéger l'épaule
- \* Limiter les rétractions: cheville, épaule, coude, main

## Installation décubitus ventral



Coude et main  
déficients  
surélevés par un  
coussin

Main ouverte doigts à plat

Pieds  
déficients  
dans une  
botte  
mousse  
aligné dans  
l'axe du MI

## Installation côté valide (hémi droite)



Main  
déficiente  
surélevée

Jambe  
déficiente  
À l'avant  
fléchie

Ne pas installer de profil strict pour éviter de surcharger les points d'appui

## Installation côté hémiplégique



Bras et épaules déficients dégagés

Avant-bras et main surélevée

Jambe déficiente à l'arrière et fléchie

## Installation fauteuil roulant



Epaules alignées

Avant-bras droit sur l'accoudoir

Bassin équilibré

Pieds à 90° sur repose-pieds

## Prévention des épaules hémiparlégiques



## Prise en charge orthopédique: objectifs

- Limiter les risques de déformation orthopédique:
  - Limiter les risques de syndrome épaule-main (prévention qui doit commencer dès le début de l'ave)
  - Installation
  - Echarpe
  - Mobilisation précautionneuse et douce du msup
  - En cas de syndrome épaule main : bains écossais, Mobilisations douces pour le maintien des amplitudes articulaires, infiltrations corticoïdes, traitement de la douleur, biphosphonates si échec

## Prévention des épaules hémiplégiques



SPASTICITE

## Spasticité

- \* **Éliminer et traiter** toutes les épines irritatives+++:
  - \* Vésico-sphinctérienne
  - \* Ano-rectale
  - \* Algodystrophie
  - \* Cutanée
  - \* Infectieuse
  - \* Douleurs neuropathiques

## Traitement de la spasticité

- \* Médicaments : baclofène, dantrolène
- \* Toxine botulique à évaluer en fonction de la récupération
- \* Prise en charge kinésithérapique (mobilisation, étirements)
- \* Appareillage (orthèse de main)

## REEDUCATION VESICO- SPHINCTÉRIENNE ET ANO- RECTALE

### Rééducation vésico-sphinctérienne

- \* Incidence 50%: 2/3 incontinence, 1/3 dysurie
- \* Mauvais facteur pronostic fonctionnel+++
- \* Vérification de la vidange vésicale sur plusieurs jours +++
- \* Vérifier la présence ou non de signes fonctionnels urinaires: urgenturie, dysurie
- \* vérifier l'absence d'infection urinaire (BU)
- \* Constitue une épine irritative potentielle pour la spasticité

## Rééducation vésico-sphinctérienne

- \* Attention incontinence est souvent sur vessie rétentionniste, miction par rengorgement
- \* Régler les problème de transit+++ avant ablation SAD
- \* Préférer les hétérosondages aux SAD
- \* Si SAD : pas de clamping: privilégier ablation de la SAD avec hétérosondages réguliers

## Rééducation vésico-sphinctérienne

- \* Pour les récives de rétention , encadrer l'ablation de la SAD sous alpha- bloquants

## Rééducation ano-rectale

- \* Dans notre expérience , une très grande proportion des patients arrivant en rééducation ont un retard de selles (alitement, atteinte neurologique, traitement)
- \* Favorise les rétentions urinaires
- \* Favorise la spasticité

## Rééducation ano-rectale

- \* Initier très rapidement les suppo d 'EDUCTYL® en systématique +/- associé laxatifs oraux
- \* Privilégier dès que possible la station assise pour l'élimination selles

# DEGLUTITION

## Evaluation rapide des risques de fausses routes

Evaluation précoce, répétée:

- \* Réflexe du voile
- \* Réflexe nauséeux
- \* Toux efficace?
- \* Tests de déglutition: eau gélifié, eau gazeuse , eau plate
- \* Attention aux fausses routes secondaires (toux , hémage , voix mouillée quelques minutes après la déglutition)

## Rééducation de la déglutition

### Prévenir les fausses routes

- \* Installation lors des repas
- \* Texture adaptée
- \* Epaississement des liquides
- \* Matériel adapté: Verre découpe nasale

## Rééducation de la déglutition

- \* Ablation de la Sonde naso-gastrique le plus rapidement possible, privilégier la gastrostomie si les troubles de déglutition persistent
- \* La SNG perturbe le réflexe de déglutition

## Installation



Privilégier environnement calme  
pas de télé  
(surtout si elle est située en  
hauteur)



Au lit essayer de la mettre  
le plus assis possible  
Relever le buste au maximum  
Veiller au maintien de la tête  
Adaptable à hauteur de coude

## Installation

### Pour une aide humaine adaptée :

✓ La tête de la personne doit être droite ou légèrement inclinée  
vers l'avant mais jamais vers le haut !

FAIRE – Baisser la tête



NE PAS FAIRE – Lever la tête



## Adaptation environnement



Verre à encoche nasale  
OUI



Verre canard à proscrire

## Positionnement de la tête



Verre ordinaire  
=  
tête en hyper extension  
=  
risque de fausse route



Verre à encoche nasale  
=  
tête en flexion  
=  
protection des voies aériennes

## Adaptation texture

- \* **Proscrire** en cas de troubles de déglutition: **eau plate à température ambiante**
- \* Adapter type de liquide: gélifiant, sirop, eau chaude ou froide, gazeuse
- \* Adapter texture: semi-liquide, mixé, intermédiaire, tendre, normal

## Aux repas

- \* Attendre entre chaque bouchée que la bouche soit vide (déglutitions multiples)

## Adaptation environnement



## REEDUCATION SENSORI-MOTRICE

## Récupération sensitivo-motrice neurologique

- \* Débuter la rééducation le plus précocement possible dès que état clinique le permet dans les 30 j post avc)
- \* Même si retard à la prise en charge il vaut mieux faire de la rééducation , cela augmente les chances de récupération même tardivement

## Récupération sensitivo-motrice neurologique

- \* La récupération motrice se fait dans les 6 premiers mois: elle est importante en général dans les 3 -4 premiers mois d'où l'importance de la rééducation intensive en début d'avc, pour maximiser les chances de récupération neurologique

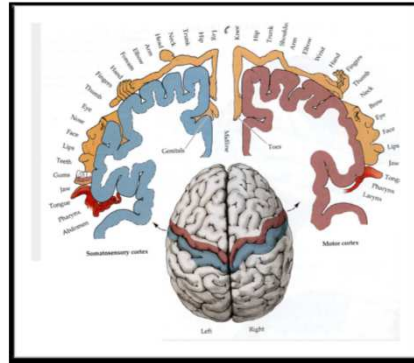
## Rééducation motrice

### Historique....

- \* Avant 1940: exercices correcteurs contraction/décontraction): compensations+++
- \* 1950: techniques neuro-développementale: Bobath  
Autres: Brunnstrom, Rood, Perfetti...
- \* 1980: apprentissage et réapprentissage moteur: tâches spécifiques, en contexte, produisant des feedbacks
- \* Actuellement: 80% des rééducateurs appliquent le concept de Bobath

## Exemples DE PRISES EN CHARGE

## Thérapie par le miroir



## Thérapie par le miroir

- \* La thérapie du miroir et la réalité virtuelle permettent de modifier ce schéma corporel à l'aide de feedback visuel.
- \* Le cerveau à travers ce feedback va estimer que le membre atteint répond correctement

## Indication de la thérapie par le miroir

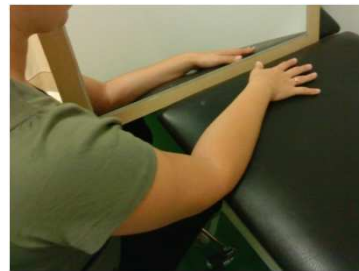
Dans :

- \* le Syndrome Douloureux Régional Complexe type 1 (SDRC type I),
- \* l'hémiplégie de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC),
- \* d'autres douleurs neuropathiques

## Thérapie par le miroir



## Thérapie par le miroir



## Contrainte induite

- \* Utilisation surtout pour le Msup
  - \* Contrainte du membre sain pour favoriser l'utilisation du membre supérieur parétique
  - \* Récupération au moins 3/5 sur les muscles
  - \* Contrainte 8h / j au moins 5j sur 7
  - \* Contraignant : nécessité de l'adhésion du patient

## Contrainte induite



## Reverticalisation

## Rééducation : de la reverticalisation +++ à la marche

- Favoriser la verticalisation (conservation du sens de verticalité+++):
  - récupérer l'équilibre du tronc puis l'appui sur les MI, travail de l'équilibre debout puis la marche dès que possible
    - Augmenter le temps de station assise progressivement
    - Verticalisation: sur table ou sur standing
    - Mise dans les barres parallèles en allègement

On peut travailler la marche même si récupération absente (tout dépend du tonus)

## Verticalisation sur standing

- \* Permet la reverticalisation
- \* Reconditionnement progressif à l'effort
- \* Travail équilibre du tronc
- \* Posture des MI



## Marche en allègement



## Marche Robotisée sur Lokomat



## Rééducation cognitive

## Rééducation cognitive

- \* Les troubles cognitifs et phasiques n'évoluent pas comme les troubles moteurs , les progrès sont plus longs et peuvent se voir encore des années plus tard après l'avc,
- \* Les TC souvent ils sont sous estimés, et sont facteurs négatifs de réinsertion sociale, professionnelle

## Rééducation cognitive

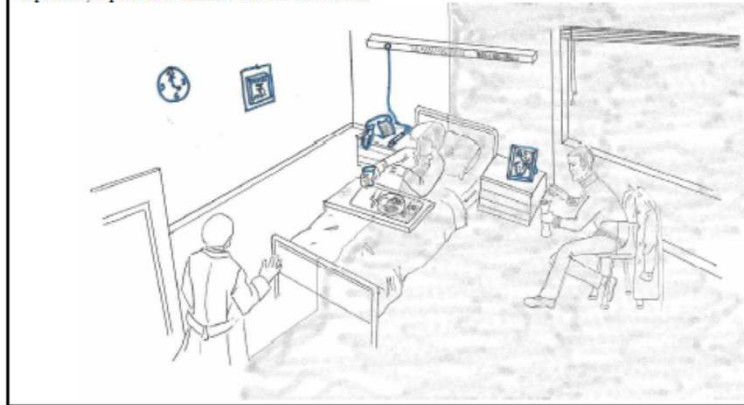
- \* Axé sur la sphère verbale rééducation orthophonique
  - \* Communication:
  - \* Aphasie
  - \* Dysarthrie
- \* Axé sur la sphère exécutive: neuro-psycho +/- ergo sur le versant fonctionnel

## HEMINEGLIGENCE

## Rééducation de l'héminégligence

### HEMINEGLIGENCE : RECOMMANDATIONS

- **modifier l'environnement : placer**  
les objets importants (**sonnette**, boisson, téléphone, urinal, calendrier...) du côté sain
- les objets stimulants (radio, télévision...) du côté atteint
- se placer du côté sain pour capter son attention
- se déplacer dans le champ visuel atteint pour le stimuler
- si possible, la porte de la chambre doit être du côté sain



17

## Rééducation de l'héminégligence

### L'approche « top-down »

- \* L'objectif de la première approche est d'améliorer le biais comportemental du patient héminégligent, en agissant sur la conscience qu'il a de son déficit, c'est-à-dire un niveau cognitif élevé.
- \* La principale méthode est L'EXPLORATION VISUELLE ou « visual scanning », parfois associée à des techniques D'INDIÇAGE ou « cueing ».

## Rééducation de l'héminégligence

- \* Les exercices d'exploration visuelle consistent à tenter de réduire la déviation ipsilésionnelle du regard par des exercices répétés d'orientation des yeux du côté négligé, dans le but de restaurer une orientation automatique du regard.
- \* Ces méthodes entraînent une amélioration durable avec généralisation dans des tâches impliquant l'exploration visuelle.

## Rééducation Top DOWN

A                      TOP-DOWN ↓                      B

*Indicage ou 'cueing'*

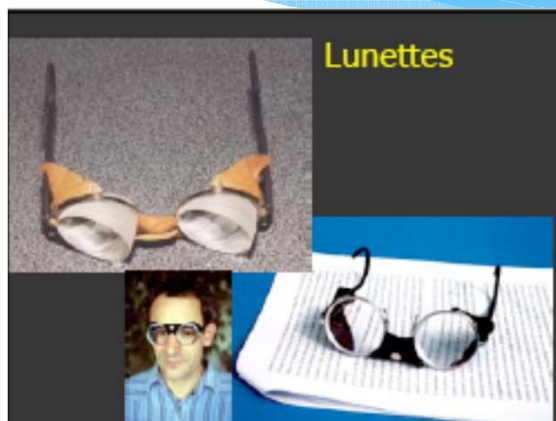
- Les soirées d'automne et d'hiver étaient d'une autre nature:  
 Le souper fini et les quatre convives revenus de la table à la  
 cheminée, ma mère se jetait, en soupirant sur un vieux lit de  
 ● jour de siamoise flambée. On mettait devant elle un guéridon.

## Rééducation de l'héminégligence

### L'approche « Bottom-up »

- \* La deuxième approche vise en l'utilisation de manipulations sensorielles passives, ou de tâche d'adaptation prismatique susceptibles d'influencer directement (en court-circuitant la conscience du sujet), le niveau des représentations spatiales mentales.

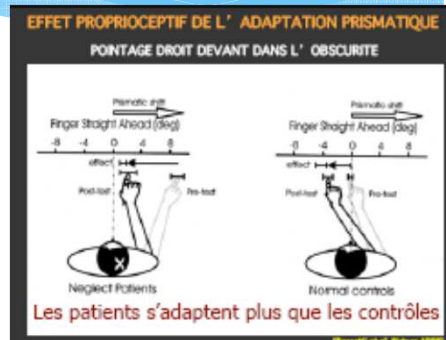
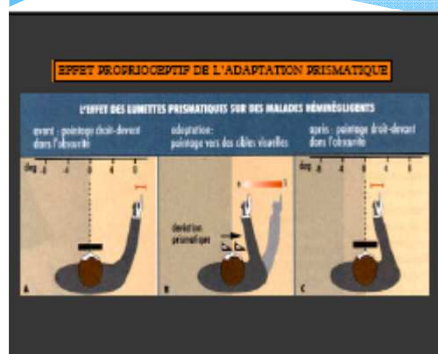
## Rééducation: prismes



## Rééducation: prismes



## Rééducation: prisme



# APHASIE

## Communication avec aphasique

- \* Phrases courtes, simples, question fermées
- \* Ne pas hausser la voix (le patient aphasique n'est pas sourd!)
- \* Exagérer la gestuelle naturelle ou la mimique, le contact visuel (aspects non verbaux bien compris par l'aphasique)
- \* Interpréter avec prudence les réponses (risques de réponse inappropriées), stopper les réponses répétitives (stéréotypies)

## Communication avec l'aphasique

- \* Ne pas faire croire au patient qu'on a compris si ce n'est pas le cas
- \* Ne pas parler à plusieurs autour de lui
- \* Supprimer les interférences (télévision, bruit...)

## Communication avec l'aphasique

- \* Laisser le temps au patient de répondre
- \* Attention à la fatigabilité (moins performant le soir que le matin)
- \* Support de communication adaptée (pictogramme)  
attention les supports écrits peuvent mettre le patient en échec

## Récupération neurologique

- \* 80 % récupère une déambulation
- \* 15% récupère un membre sup fonctionnel
- \* 15 % récupère un membre supérieur d'appoint

MERCI DE VOTRE ATTENTION

## Documents

- \* Guide d'installation de la personne hémiparétique (CHU limoges)
- \* La prise en charge de l'AVC en 10 points (CHU Saint Etienne)
- \* HAS : AVC recommandation méthodes de rééducation de la fonction motrice de l'adulte