

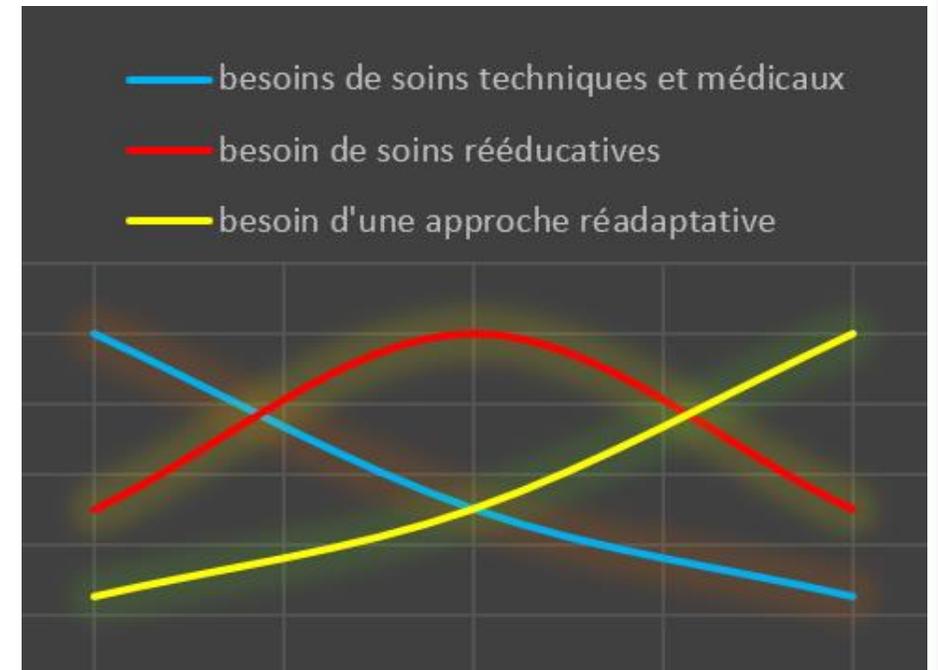
Après un AVC :
quels risques ? Quelle prise en charge ?
Point de vue du MPR

Dr Sonia HAMDOUN

Cheffe du service de Médecine Physique et de Réadaptation Neurologique-
Pôle Neurosciences- Sainte Anne-
GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences

Rôle du Médecin Généraliste

- Au cœur du parcours de soins coordonnés
- Soins et prévention du 1^{er} niveau +++
- Coordination des soins
- Suivi médical optimal **au long cours**
- Besoins évolutifs en fonction du stade post AVC



Préalables indispensables

Regard **S** médicaux:

- Vision de l'organe /déficiences
- Vision globale
- Approche Fonctionnelle
- Environnements familial et social (intégration des aidants+++)
- Projet de vie

L'évaluation +++



La bonne orientation du suivi

Un regard alerte: Le Handicap Invisible



Le handicap visuel



Le handicap moteur



Les maladies invalidantes



Le handicap psychique



La déficience auditive



La déficience intellectuelle



20%
Visibles



80%
Invisibles

CAS CLINIQUE 1

Mme V. , 70 ans

- Hématome pariéto-occipital droit le 26/09,
- Droitière
- Veuve, 2 enfants qui vivent avec elle. Appartement 3e étage sans ascenseur (locataire). Retraitée, ancienne prof à la fac.
- Transfert MPR HC : du 10/10 au 26/11

A l'arrivée: NSU gauche+++ , HLH, troubles attentionnels, syndrome dysexécutif (anosognosie, tr de flexibilité, d'inhibition), déficit sensitivo-moteur gauche, Aide pour toutes les AVQ,

Évolution pendant séjour MPR: Marche avec CA en extérieur, sans AT en intérieur.

Normalisation des tests papiers crayons de la NSU,

Amélioration des performances cognitives en situation de tests,

Autonome pour les activités de base du quotidien

Une fois au domicile:

- Les enfants signalent devoir intervenir régulièrement, la patiente se perd dans la rue+++

Relais HADR

CAS CLINIQUE 1

Objectifs HAD-R

- Travailler l'autonomie extérieure, déficit attentionnel, NSU
- Mises en situation sorties ext: Ortho, Ergo, APA

→ sécurisation des déplacements extérieurs :

- explications ++ sur HLH / NSU → levée de l'anosognosie
- automatiser de l'exploration visuelle gauche volontaire

CAS CLINIQUE 2

Mme B.H 51ans

- 1^{ère} évaluation MPR en consultation post AVC
- ATCDS:
 - Syndrome des antiphospholipides,
 - Thrombopénie chronique
 - Insuffisance rénale chronique sur hyalinose segmentaire focale
 - Infarctus du myocarde de découverte fortuite 4 ans au paravent
 - **AVC ischémiques multiples de découverte fortuite sur une IRM réalisée dans le bilan des troubles mnésiques il y a 03 ans**
- Mode de vie
 - Droitière,
 - vit avec son époux, et ses 2 filles âgées de 20 ans et de 18 ans,
 - diplômée en tant qu'ingénieur électronique à l'étranger, a fait une année de Master à Jussieu (mise à niveau) et a travaillé comme assistante maternelle pendant plusieurs années.
 - habite un appartement au 2^{ème} étage avec un ascenseur, présence d'une baignoire, sans difficulté d'accès

HDM:

- difficultés gestuelles depuis 3-4 ans.
- bilan fait à la recherche d'une atteinte radiculaire cervicale négatif.
- bilan en HC d'une main droite « malhabile », ayant fait découvrir sur l'IRM cérébrale des lésions ischémiques multiples semi-récentes.

Plaintes :

- le mari rapportait des difficultés à l'habillage,
- difficultés pour écrire,
- dyscalculie,
- manque du mot,
- Trouble de la mémoire

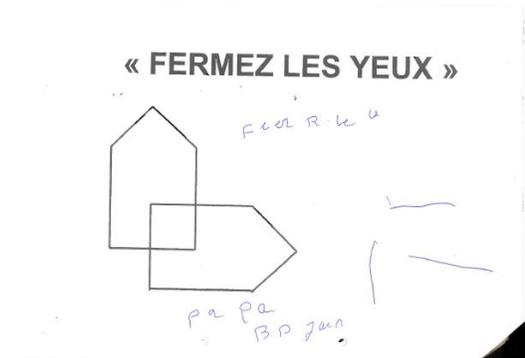
CAS CLINIQUE 2

Examen MPR

- Douleurs mécaniques épaule droite

Sur le plan neuropsychologique :

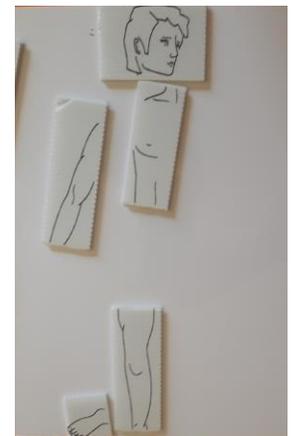
- date : le 32 janvier, persévérations,
- cite les mois de l'année mais avec des oublis, des erreurs et quelques persévérations,
- raisonnement logique perturbé, lecture difficile, hachée, suit des doigts,
- compréhension difficile avec effet de longueur
- Incapable de citer les saisons de l'année.
- Troubles praxiques
- NSU gauche
- HLH droite
- Sur le plan de l'autonomie :
 - difficultés à préparer les repas
 - aidée pour l'habillage par son mari ou ses filles totalement,
 - sort seule dans son quartier, peut prendre les transports en commun sur des trajets préalablement planifiés par son mari avec support écrit.
 - fait les courses accompagnée
 - prend les médicaments seule (pilulier préparé par le mari) mais se trompe par moments de journée.



A B jaur
B jaur
BOUJ

"Bonjour"

The image shows a handwritten list of words. On the left, the letter 'A' is written. To its right, the words 'B jaur' are written twice, one above the other. Below these, the word 'BOUJ' is written. To the right of the list, there is a large curly bracket that encompasses the words 'B jaur', 'B jaur', and 'BOUJ'. To the right of the bracket, the word 'Bonjour' is written in a cursive, handwritten style.



CAS CLINIQUE 2

HDJ MPR du 15/02 au 09/11: PEC en ergo + ortho+ kiné + réentrainement à l'effort:

- Meilleure Orientation temporo spatiale: arrive mieux à se repérer dans son planning, la lecture de l'heure reste difficile.
- Attention concentration: Doubles taches et attention divisé encore impossible
- compense mieux son Hémignégligence gauche et son HLH D mais la lecture reste encore difficile ainsi que l'exploration visuelle.
- Fonctions exécutives : Présence encore de persévération, troubles de l'inhibition et de la flexibilité. La mise en place de stratégie est impossible sans aide.
- AUTONOMIE A SA SORTIE
 - Toilette : entièrement seule
 - Habillage : S'habille entièrement seule et arrive à se coiffer seule,
 - Repas : Mange seule
 - Déplacements : inchangé
 - Courses : inchangé
 - Cuisine : varie plus les plats mais difficulté pour les plats un peu plus "élaborés" car n'arrive pas à suivre une recette de cuisine.
 - Ménage : Seule
 - Ecriture : Difficile. La patiente arrive maintenant à écrire toutes les lettres de l'alphabet mais les troubles sont encore majeurs et l'écriture reste difficile.

Mise en place d'un relais ortho de ville spécialisé + accompagnement SAMSAH+ suivie en consultation de MPR

CAS CLINIQUE 3

Mme L.J 52 ans

- 1^{ère} consultation MPR le 09/06,
- Adressée devant persistance d'une hémiparésie droite légère avec échec de reprise d'activités professionnelle alors que la patientes est à 2ans 4mois d'un infarctus superficiel et profond gauche d'origine athéromateuse, symptomatique d'une légère parésie du membre sup droit.

MODE DE VIE : née au Congo, scolarisée jusqu'à l'âge de 17 ans, arrivée en France à l'âge de 20 ans,

diplôme d'esthétique

Mère de 05 enfants âgés entre 7 et 30 ans, 4 enfants à sa charge

Vit avec son mari et 4 de ses enfants dans un appartement au 2^{ème} étage avec ascenseur,

Ancienne employée par intérim dans le domaine de conditionnement des plateaux repas,

en AT avait repris à 12mois puis à 15 mois de l'AVC mais échec au bout d'une semaine.

- Hospitalisée en neurologie le 10/02:parésie de la main droite
- TDM cérébrale : hypodensités frontopariétales gauches en faveur d'un infarctus cérébral.
IRM : Infarctus dans les territoires superficiel et profond de l'artère cérébrale moyenne gauche.
- Bilan étiologique : origine athéromateuse probable
- Parésie membre sup droit
- RAD avec kiné en ville

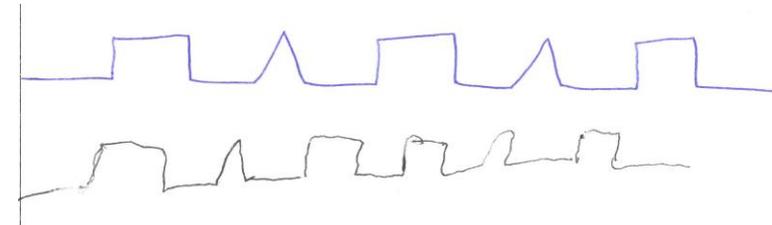
Bilan sortie HC neuro :

Fugl Meyer 58/60

CAS CLINIQUE 3

Évaluation MPR du 09/06:

- Plaintes : difficultés langage oral : manque de mots si plusieurs personnes présentes, rupture attentionnels, ne peut pas couper de la main droite, peur de sortir, PM limité essentiellement par cette anxiété
- Sur le plan articulaire : attitude spontanée en ascension tête humérale droite + adduction rot interne épaule droite, limitation abduction épaule droite 50°, antépulsion 70°
- Sur le plan moteur : pas de déficit membre inf droit
membre sup motricité 4- sur la flexion ext du coude, 3- épaule abduction et antépulsion, 3+ flexion/ ext du poignet, 3 motricité des doigts
toutes les pinces sont ralenties et difficiles
dissociation main interne / ext difficile
- Sensibilité : hypoesthésie profonde mbre sup droit
- Sur le plan neuropsychologique :
NSU comportementale
Ralentissement PM+++
apraxie constructive - apraxie d'habillage et apraxie gestuelle - défaut d'inhibition sur les séries graphiques -
mémoire travail difficile - fluence phonémique 3
- Sur le plan fonctionnel : marche sans AT; exclusion totale du membre sup droit au quotidien



Dessin d'un carré



Dessin triangle



Dessin d'un rond



Dessin d'une fleur



CAS CLINIQUE 3

Sur le plan de l'autonomie :

- Soins personnels :
 - *Toilette et habillage* Aide mari
 - *Repas* : Aide pour couper la viande et ouvrir la bouteille
- Déplacement :
 - *Extérieur* : marche jamais toute seule car elle a peur de se perdre.
Elle n'a jamais repris les transports en commun
- AVQ :
 - *Courses* : Conjoint, ils les font tous les deux
 - *Ménage* : Conjoint, par le mari plutôt le soir
 - *Linge* : Autres, plutôt les enfants
 - *Gestion administrative et financière* : Conjoint,
- Loisirs : Piscine, faisait avant des mots croisés mais n'arrive plus à trouver ses mots depuis l'AVC

Organisation HDJ du 08/09 au 23/12 kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie et réadaptation à l'effort pendant 15 semaines

En ergothérapie :

Déficit au niveau de la force palmaire, de la vitesse d'exécution et de la dextérité manuelle avec le membre supérieur droit.

Mauvais schéma corporel lors de l'utilisation de son MSD : apprentissage adaptations posturales

Au niveau cognitif : ralentissement psychomoteur, trouble des praxies conceptuelles et productives, des troubles mnésique et de flexibilité mentale

Mise en place d'un travail analytique du membre sup droit, d'un travail de l'autonomie de base, des MES...

En orthophonie :

- ralentissement de la vitesse d'exécution et une variabilité importante des performances

- aphasie fluente touchant les deux versants du langage: manque du mot, perturbation du stock sémantique et une alexie-agraphie

- perturbation de la mémoire de travail

- perturbation de la flexibilité mentale

En fin d'HDJ

- Meilleure amplitude articulaire et meilleure dextérité de la main droite mais persistance difficultés motricité fine,
- recommence à lire et à écrire et travaille un peu avec ses enfants au moment des devoirs, la dictée restent laborieuses, langage parfaitement informatif
- et il persiste des difficultés qui nécessitent la poursuite de la prise en charge orthophonique.
- Sur le plan fonctionnel :
 - Force de préhension (dynamomètre Jamar)
 - Le : 16/09 Main gauche : 14.66 kg Main droite : 1 kg
 - Le : 19/12 Main gauche : 22 kg Main droite : 3.66 kg
 - Box & Block :
 - Le : 16/09 Main gauche : 53 Main droite : 9
 - Le : 19/12 Main gauche : 52 Main droite : 24
 - Nine Hole peg test:
 - Le 16/09 : main droite : 9 tourillons mit en 1 minute 30
 - Le 19/12 : main droite : 9 tourillons mit et enlever en 52 secondes
 - main gauche : 9 tourillons mit et enlever en 25 secondes
- Sur le plan de l'autonomie : indépendante au sein des actes de la vie quotidienne. Reprend la cuisine avec des adaptations techniques, fait des petites courses seule.

Évolution des symptômes avec le temps

La spasticité



Évolution des symptômes avec le temps

- Les Troubles Vésico-Sphinctériens
- Le SAS
- Les troubles thymiques
- Les troubles de la déglutition
- Le vieillissement du handicap
- L'épuisement des aidants

En conclusion

- Importance de considérer le patient sous différents aspects+++
- Déficiences pas toujours visibles (NSU, troubles praxiques, troubles du schéma corporel, les aphasies fluentes...),
- Ajuster l'orientation en fonction de l'évolution...
- Rôles de prévention, soins, dépistage des complications, accompagnement, orientation, lien avec médico-social...

MERCI !