MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

LA PRISE EN CHARGE

DE L'HEMIPLEGIE VASCULAIRE ADULTE

AU COURS DE LA PHASE HOSPITALIERE

PAR L'ETUDIANT EN MASSO-KINESITHERAPIE

Rapport de travail écrit personnel
présenté par **Brigitte CRAMPE**
étudiante en 3ème année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Masseur-Kinésithérapeute
2001-2002.

Avant propos ...

Ce livret ne représente qu'une aide pour l'étudiant lors de son stage.

Encore en formation , il est bien sûr évident qu'il ne maîtrise pas ou ne connaît pas vraiment tous les éléments anatomiques, pathologiques et moyens de rééducation nécessaires pour la prise en charge de l'hémiplégie.

Mais ce manque ne peut en aucun cas empêcher d'effectuer le stage.

En effet, toute la physiologie nerveuse et la technologie de base, disciplines enseignées en première année, constituent une base solide.

Il est bon de rappeler que même encore étudiant, le secret professionnel est de rigueur.

En milieu hospitalier, le kinésithérapeute fait partie intégrante d'une équipe multi et transdisciplinaire. Il est soumis au rythme des soins infirmiers, des examens médicaux et des décisions médicales.

Concernant le patient, nous aurons le souci d'être à l'écoute de ses attentes, de respecter sa personnalité et son intimité.

SOMMAIRE

RESUME

1. INTRODUCTION 1

2. QU'EST- CE QUE L'HEMIPLEGIE ? 2

2. 1. Définition 2

2. 2. Formes cliniques 3

2. 2. 1. Hémiplégie droite 3

2. 2. 2. Hémiplégie gauche 4

2. 3. Etiologies 4

2. 4. Facteurs de risques 4

3. EN URGENCE : LA PRISE EN CHARGE 5

3. 1. Que faut-il connaître du patient avant la prise en charge ? 5

3. 2. Eléments à considérer dans la chambre 6

3. 3. Premier contact avec le patient 7

3. 3. 1. A observer 7

3. 3. 2. Premier bilan : les points clés 8

3. 4. Rééducation à proprement dite 10

3. 4. 1. Techniques de base 10

4. SECTEUR 12

4. 1. Définition 12

4. 2. Quand passe-t-il des urgences en secteur ? 12

4. 3. Bilan 12

4. 3. 1. Que rechercher de plus ? 12

4. 4. Rééducation 17

5. EDUCATION DU PATIENT 19

5. 1. Quand débute-t-elle et pour qui ? 19

5. 2. Que donner comme conseils ? 19

5. 2. 1. Généralités 19

5. 2. 2. Membre supérieur 20

5. 2. 3. Membre inférieur 20

6. L'HEMIPLEGIQUE ET SON ENTOURAGE 21

7. CONCLUSION 23

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RESUME

Ce livret s'adresse aux étudiants en masso-kinésithérapie.

Il traite de la prise en charge de l'hémiplégie adulte vasculaire en phase hospitalière.

Il a pour but d'aider l'élève dans sa conduite thérapeutique, de le guider dans l'attitude à adopter vis-à-vis du patient et de la pathologie.

Ce document ne remplace en aucune manière les cours dispensés lors de la formation, mais permet d'avoir une méthode d'approche lors de son stage, lorsqu'il se trouve confronté à cette fréquente atteinte neurologique.

(hémiplégie vasculaire, adulte, hôpital, rééducation)

1. INTRODUCTION

Actuellement, l'hémiplégie d'origine vasculaire est quotidiennement rencontrée en secteur hospitalier. Durant sa formation, l'étudiant en masso-kinésithérapie aura à prendre en charge des patients hémiplégiques.

Comme à l'hôpital de neurologie-neurochirurgie de Nancy, il existe une structure bien particulière permettant un suivi médical et paramédical optimal pour ces patients.

Mais que va découvrir l'étudiant au quotidien et de quoi est composée cette structure ?

En service de neurologie, on peut y distinguer deux parties distinctes :

*L'UNITE D'URGENCE NEUROVASCULAIRE

Secteur de quatre box où les patients sont admis dès leur AVC et ont ainsi une surveillance neurologique, respiratoire et cardiaque intensive et secteur dans lequel un bilan complet est réalisé.

La kinésithérapie assure, maintient une surveillance respiratoire, veille aux troubles liés au décubitus et préserve l'état articulaire initial.

*LE SECTEUR DIT CLASSIQUE

Dés que l'AVC n'évolue plus et que le patient est stable sur le plan vital. Il est en phase de récupération, on essaie de stabiliser un traitement si besoin est et le côté rééducation devient prépondérant. Cette phase précède le retour à domicile ou la poursuite de la rééducation en centre ou milieu spécialisé. (9)

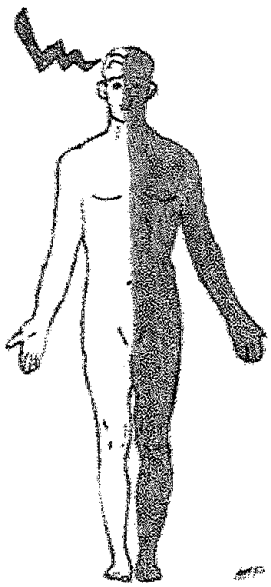
Au travers de ces deux phases, l'étudiant découvrira en premier lieu l'importance de la collaboration du médical et du paramédical. Puis les objectifs de rééducation pour chacune des phases, les bilans, les techniques et les moyens kinésithérapiques qu'il aura à sa disposition et à mettre en œuvre pour cette atteinte neurologique.

2. QU'EST-CE QUE L'HEMIPLEGIE ?

2. 1. Définition

"... L 'hémiplégie n'est pas une entité pathologique. Elle n'est que la traduction au niveau d'un hémicorps d'une pathologie située dans l'hémisphère cérébral opposé." (3)

SCHEMA



L'accident vasculaire est causé par une perturbation soudaine de l'irrigation d'une partie du cerveau.

80% des AVC sont d'origine hémorragique (2O% lacunaires 60% territoriaux)

20% des AVC sont d'origine ischémique. (6)

L'installation de l'hémiplégie se fait de manière brutale le plus souvent avec une altération de la conscience plus ou moins longue pouvant aller même jusqu'à l'état de coma.

2. 2. Formes cliniques

Elles sont multiples et ne sont que l'expression de la nature et du lieu de l'atteinte vasculaire. (5)

Elles peuvent être à prédominance brachio-faciale ou crurale, ou concerner tout l'hémicorps.

Elles sont dites complètes ou incomplètes suivant le niveau de conservation de la sensibilité et ou de la motricité (à quantifier lors du bilan).

L'évolution d'une hémiplégie se caractérise généralement par une phase dite flasque, puis suivie d'une phase dite spastique (réapparition de la motricité).

Il existe deux formes d'hémiplégie :

2. 2. 1. Hémiplégie droite

Elle traduit une atteinte vasculaire de l'hémisphère gauche, dit dominant, chez le droitier. Caractéristiquement, les troubles retrouvés sont ceux du langage (aphasie d'expression et de compréhension orale, l'alexie, l'agraphie), des troubles gnosiques (indistinction droite gauche…) et les troubles praxiques (apraxie idéomotrice ou idéatoire).

3. LA PRISE EN CHARGE EN URGENCE

Cette prise en charge est indispensable car le pronostic vital du patient est en jeu ; elle est avant tout d'ordre médical.

3. 1. Que faut-il connaître du patient ?

Avant tout premier contact avec le patient, il est important de consulter le dossier médical établi par le médecin lors de l'admission puis le dossier infirmier (qui se trouve à proximité de la chambre).

Une dizaine d'éléments sont à noter :

Anamnèse : nom, prénom, âge, sexe.

Motif d'hospitalisation / date et heure d'admission

Etiologie : AVC (ischémique ou hémorragique) localisation à préciser

Examens médicaux réalisés dans l'urgence : IRM, scanner

(lire si possible le compte-rendu)

Facteurs de risque (connus ou découverts lors de l 'hospitalisation) :

- HTA
- Cholestérol
- Diabète
- Surcharge pondérale
- Tabac
- Hygiène de vie

2. 2. 2. Hémiplégie gauche

Elle traduit une atteinte vasculaire de l'hémisphère droit dit mineur.
On y retrouve des troubles du schéma corporel : anosognosie, hémiasomatognosie, de la perception visuo-spatiale : problèmes de l'appréhension de l'espace (associés souvent à une HLH), des formes, de la reconnaissance des physionomies, de l'organisation spatiale (apraxie constructive).

2. 3. Etiologie

L'étiologie la plus fréquemment rencontrée chez l'adulte est celle d'origine vasculaire. Elle présente deux variantes : de type ischémique (obstruction d'un vaisseau) ou hémorragique (rupture d'un vaisseau). La nature exacte est diagnostiquée lors d'examens médicaux tels que l'IRM ou le scanner (TDM).
On retrouve aussi comme étiologies celles traumatique (TC), tumorale, infectieuse et inflammatoire (sclérose en plaques).

2. 4. Facteurs de risques

L'hémiplégie n'est que «l'expression» d'un dysfonctionnement physiologique du corps humain.
Les plus courants sont les cardiopathies, l'hypertension artérielle, le diabète et le cholestérol.
A cela s'ajoutent la surcharge pondérale, le tabac et l'hygiène de vie.
Généralement, ces facteurs sont déjà connus, mais parfois, dans le cadre de premier AVC, chez des patients relativement jeunes notamment, ils ne sont détectés qu'au cours de l'hospitalisation.

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Traitement médical mis en place après l'admission (ANNEXE III)

Profil psychologique, situation familiale et professionnelle, les loisirs

Latéralité

Une fois que les principaux points du dossier ont été dégagés, la prise en charge kinésithérapique du patient peut commencer.

3. 2. Eléments à considérer dans la chambre : (7)

Dès l'entrée dans la chambre, penser à mettre la présence.

Etant donné la gravité de la pathologie, le patient est sous surveillance scope.

Les constantes surveillées sont :

- La fréquence cardiaque
- La fréquence respiratoire
- La tension artérielle
- La saturation en oxygène

Quelques fois, il y a nécessité d 'un apport d'oxygène. Cet apport peut se faire par masque facial (regarder alors la FiO2 en %) ou par des lunettes (en L d'O2). (ANNEXE II)

Secondairement, d'autres paramètres ne sont pas à négliger :

- Sonde nasogastrique
- Sonde urinaire
- Voies veineuses centrale et périphérique

Remarque : ces deux derniers sont en général placés sur le côté non hémiplégique.

Enfin pour terminer, ne jamais oublier de regarder la feuille de surveillance des courbes de température et de tension, située au pied du lit.

3. 3. Premier contact avec le patient

3. 3. 1. A observer

Dès que nous ouvrons la porte de la chambre, il est facile de voir la réaction du patient ; est-il sensible au bruit, à l'appel de son nom, tourne t-il la tête... ?

Ces premiers éléments permettent de constater simplement l'état de vigilance : est-il présent, apathique voire même héminégligent. (7)

Néanmoins il faut tenir compte du traitement médical instauré depuis l'admission. (antalgiques, morphine, neuroleptiques…).

Lors de la prise de contact, il peut être mis en évidence des problèmes d'aphasie de compréhension et/ou d'expression (cas des hémiplégiques droits particulièrement).

L 'observation du visage peut révéler une asymétrie (plus marquée au de la bouche) ; on parle alors de paralysie faciale. (3)

3. 3. 2. Premier bilan : les points-clés

En secteur d'urgence, le premier bilan kinésithérapique n'est pas un bilan détaillé et précis. Il permet seulement d'évaluer les possibilités fonctionnelles, motrices, sensitives et cognitives

du patient. De plus compte-tenu de l'atteinte récente, la fatigue apparaît vite.

Le vocabulaire employé doit être simple, clair et précis. Il ne faut donc pas hésiter à lui montrer l'exercice demandé.

Remarque : ce bilan est effectué au lit.

- **Bilan fait en passif :**

Les mobilisations passives, (réalisées en comparatif avec le côté sain) permettent d'évaluer d'éventuelles limitations capsulo-ligamentaire ou musculaire, voire une ébauche de la spasticité.

- **Bilan fait en actif sur le plan moteur :**

membre supérieur :

« lever le bras » : ANTEPULSION D'EPAULE
« baisser le bras » : RETROPUSION D'EPAULE
« amener la main à la bouche » : FLEXION DE COUDE
« amener la main vers le thérapeute » : EXTENSION DE COUDE
Coude au corps : « poser la main sur le ventre » ROTATION INTERNE D'EPAULE
« ouvrir et fermer la main » : FLEXION et EXTENSION MAIN / DOIGTS

Membre inférieur : (sur le plan du lit)

« écarter la jambe » : ABDUCTION de HANCHE
« ramener la jambe » : ADDUCTION de HANCHE
« ramener le genou vers vous » : FEXION de HANCHE et de GENOU
En partant genou plié : « lever le pied vers le haut, genou tendu »
EXTENSION de GENOU.
Sur le plan du lit, jambe tendue : « ramener la pointe du pied vers vous »
FLEXION DORSALE de CHEVILLE.

Même position : « amener la pointe du pied vers le bas »

FLEXION PLANTAIRE de CHEVILLE.

Bilan de la sensibilité :

Comme précédemment, comparer avec le côté sain.

Il existe deux types de sensibilité : superficielle et profonde.

Pour la superficielle :

Algésique : apprécier la réaction lors d'un pincement

Tactile : lors de la pose des mains du thérapeute

Pour la profonde :

Elle concerne le positionnement des articulations ; par exemple arrive-t-il à reconnaître les yeux fermés si son genou est plié ou tendu.

Autres troubles :

Une atteinte de l'hémiface peut être associé à des troubles de la déglutition ou des problèmes d'élocution (dysarthrie).

Les éventuelles difficultés rencontrées révèlent par ailleurs les problèmes cognitifs (aphasie d'expression, de compréhension, troubles praxiques) surtout dans le cas d'hémiplégie droite.

Une fois le bilan terminé, ne pas omettre de replacer les barrières du lit, d'enlever la présence, de placer la tablette et la sonnette du côté non touché.
Prévenir éventuellement l'équipe soignante de notre départ et si des éléments nouveaux sont apparus. Il est donc souhaité de noter brièvement le contenu de la séance réalisée dans le cahier infirmier.

3. 4. Rééducation à proprement dite

3. 4. 1. Techniques de base

Si nécessité dans un premier temps, la fonction respiratoire est primordiale.
Nous utilisons les techniques de drainage bronchique, de ventilation, de désencombrement. (si impossibilité d'expectoration, nous avons recours aux aspirations).
A cette phase, le nursing et l'installation sont des priorités : (4)

Le membre supérieur : l'avant-bras doit être placé sur un coussin en déclive (mains en pronation, doigts en extension). (ANNEXE VI)

Le membre inférieur : le membre doit être en déclive pour limiter les problèmes circulatoires et par des coussins, des mousses, installé de manière à éviter les attitudes vicieuses comme le varus équin. Un coussin sous le mollet permet de décharger le talon et le risque d'escarres s'affaiblit.

Les techniques employées sont :

La surveillance des points d'appui (talon, malléoles…)

La mobilisation passive à visée d'entretien articulaire et de conservation du schéma corporel.

L'apprentissage précoce de l'indépendance au lit par les retournements, les transferts qui sont utiles pour soulager les zones d'appui, aider à la toilette. C'est le début de l'autonomie.

Techniques de réveil musculaire (1)

BRUNNSTROM : méthode basée sur l'utilisation des réflexes et les stimulations pour réveiller la motricité, d'abord dans les synergies primitives puis réduire les facilitations et demander un travail volontaire tout en s'éloignant progressivement des synergies primitives.

BOBATH : méthode basée sur le développement moteur de l'enfant. Le travail se fait donc en progression. Elle s'oppose aux schémas de récupération spontanée de la commande et s'écarte des schémas spastiques et sycinétiques. (exemple pour le membre supérieur nous recherchons l'extension).

Nous commençons la rééducation à la marche : travail sur le plan du lit en triple flexion-extension pour le contrôle du genou, soulever les fesses pour solliciter les stabilisateurs de hanche. (ANNEXE X)

En tenant compte de ses capacités, verbaliser au maximum les séances pour le stimuler, obtenir sa coopération, lui faire comprendre de mobiliser son côté sain. (3)
Ceci induit donc aussi une collaboration transdisciplinaire.

4. EN SECTEUR

4. 1. Définition

Le secteur correspond à la deuxième période de la phase hospitalière. Le patient est placé en chambre dite classique (individuelle ou double).

4. 2. Quand passe-t-il des urgences en secteur ?

Le temps moyen de séjour à l'UNV est de trois à quatre jours en moyenne.

Ce transfert ne peut être effectué que sur avis médical, lorsque le pronostic vital n'est plus menacé, que le patient est stable au niveau de toutes ses constantes et que la plupart des examens comme l'IRM, le scanner, les échographies du cœur et des vaisseaux du cou, la glycémie… ont été réalisés.

4. 3. Bilan

4. 3. 1. Que rechercher de plus

Nous avons déjà eu une approche en UNV, mais nous pouvons le compléter en demandant au patient sinon à la famille par la feuille de renseignements laissée dans la chambre, comment est organisé son domicile, sa profession, son niveau scolaire.

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS

A L'attention de la famille de .....

Pouvez-vous s'il vous plaît, répondre à ces quelques questions qui nous permettront d'orienter la prise en charge

- Latéralité : droitier ☐ gaucher ☐ gaucher contrarié ☐
- Situation familiale : célibataire ☐ divorcé ☐
  marié ☐ séparé ☐
  concubin ☐ veuf ☐
- Conjoint : . prénom :
  . âge :
  . profession :
  . permis de conduire : oui ☐ non ☐
- Prénoms et âges des enfants :
- Niveau scolaire :
- Diplôme :
- Profession :
- Permis de conduire : oui ☐ non ☐
- Type de domicile : - appartement ☐ ascenseur ☐ propriétaire ☐
  - maison ☐ escalier ☐ locataire ☐
- Loisirs et occupations :
- Pouvez-vous nous parler de sa personnalité, de ses goûts ?

- restituer la date de survenue de l'AVC
- attitude spontanée du patient : ex : varus équin de cheville côté hémiplégique
- cutané / trophique : œdème, amyotrophie, chaleur, coloration, cicatrice
- articulaire : mobilisation passive à vitesse lente en comparatif

SYNDROME PYRAMIDAL :

SPASTICITE : peut être mise en évidence lors de la mobilisation passive lors du bilan articulaire.

Muscles clés à tester : Pour le membre inférieur : triceps sural, les adducteurs de hanche, quadriceps et ischios-jambiers.

Pour le membre supérieur : les rotateurs internes et adducteurs d'épaule, les fléchisseurs et extenseurs du coude, les fléchisseurs du poignet et des doigts.

A quantifier par la cotation d'ASHWORTH. (ANNEXE V)

MOTRICITE VOLONTAIRE : l'évaluation sera plus précise mais le testing musculaire global. (ANNEXES VII et VIII)

Echelle d'évaluation

La cotation utilisée est celle préconisée habituellement dans la pathologie centrale ayant comme caractéristique essentielle la qualité du mouvement réalisé.

Cette cotation est la suivante :

0 - pas de contraction

1 - contraction sans mouvement

2 - contraction entraînant un mouvement

3 - mouvement dans toute l'amplitude

4 - mouvement dans l'amplitude contre résistance

5 - normal

A cette échelle, nous donnons la valeur angulaire pour la cotation déterminée.

Préciser si le mouvement est pur ou obtenu par facilitation (ANNEXES VII et VIII).

Les membres supérieurs, inférieurs sont côtés ainsi que la face.

SYNCINESIE : « mouvements involontaires inconscients qui se produisent à l'occasion d'autres mouvements volontaires ».

Elles sont dites globales ou de coordination.

En global, il y a la triple extension du membre inférieur.

TROUBLES ASSOCIES :

De type sensoriel : HLH ou hémianopsie latérale homonyme

Troubles de la sensibilité (ANNEXE IX)

: superficielle : tactile, douloureuse, thermique

: profonde : kinesthésique (statique et dynamique)

COTATION : anesthésie

: hypoesthésie sévère, moyenne et légère

: normale

De plus « a-t-il une sensation de lourdeur dans son membre ? »

« présente-t-il des sensations bizarres, telles des fourmillements ? »

Ces derniers sont rencontrés en distal et à la face (joue, face antéro-externe du cou jusqu'au moignon de l'épaule).

Troubles des fonctions supérieures (en complémentarité avec l'ergothérapeute)

Atteinte de l'hémisphère gauche : aphasie, troubles gnosiques (acalculie, agraphie), troubles du schéma corporel, troubles praxiques.

Atteinte de l'hémisphère droit : syndrome d'hémineglligence, anosognosie, hémiasomatognosie, dépression … (8)

Fonctionnel (en collaboration avec toute l'équipe soignante)

Comment arrive-t-il à se débrouiller dans les AVQ (habillage, toilette, repas)

Autonomie dans son lit, dans sa chambre.

Membre supérieur : contrôle de l'épaule possible ou non, type de préhension (fine, grossière).

Membre inférieur : la verticalisation, équilibre debout, analyse de la marche : contrôle du genou (récurvatum).

Steppage (déficits des releveurs), fauchage.

Aides techniques adoptées.

- La douleur

Elle est rencontrée dans le cas du phénomène de subluxation d'épaule (localisée au niveau de la coracoïde). Peut être côtée par L'EVA (ANNEXE I).

- Profil psychologique

Est-il volontaire, anxieux, apathique, euphorique ou dépressif.

4. 4. Rééducation

En théorie la récupération motrice est amorcée, les possibilités fonctionnelles améliorées. Même en milieu hospitalier (la séance peut se faire en salle), nous essayons d'orienter la rééducation vers une reprise d'autonomie maximale.

Ce travail est progressif :

En décubitus : travail de dissociation des ceintures, des stabilisateurs de hanche en statique puis dynamique. (ANNEXE X)

Le premier lever au fauteuil est autorisé sur avis médical et la prochaine étape est de poursuivre le travail de la déambulation commencé précédemment. (ANNEXE IV)

Assis : les pieds au sol, travail du transfert du poids du corps, travail de l'équilibre (redressement du tronc, des stabilisations rythmées) et des réactions parachutes. (ANNEXE X)

EN PLATEAU TECHNIQUE

Debout : travail de l'équilibre statique bipodal face à un miroir, du transfert du poids du corps avec un point d'appui fixe, avec une basculine.

Travail entre les barres parallèles (dissociation des ceintures, contrôle du genou à l'appui et travail de la phase d'attaque du talon).

Possibilité d'évaluer la déambulation dans les escaliers.

Utilisation d'aides techniques : canne simple, tripode…

Selon le testing musculaire nous renforçons le ou les muscles déficitaires afin d'équilibrer agoniste / antagoniste.

Pour la hanche : travail du moyen fessier (stabilisateur du bassin, essentiel pour la marche) car les adducteurs prédominent sur les abducteurs.
Travail sur le plan du lit de l'abduction contre résistance manuelle.

Pour le coude : par les diagonales de KABAT, travail de la flexion / extension (cette méthode s'applique aux patients peu ou pas spastiques, sinon risque de l'augmenter).
La méthode de KABAT : par des mouvements en diagonal et spiroïdaux, nous exerçons des stimulations cutanées afin d'induire une réponse musculaire. Il doit y avoir prise de conscience du mouvement de la part du patient. Ce dernier doit coopérer, peu spastique et stable au niveau cardiovasculaire car utilisation de résistance maximale.

Pour la main : travail en ouverture à visée de préhension.

Nous limitons le phénomène de spasticité par des mobilisations lentes et douces, des postures, des techniques d'inhibition comme BOBATH et des étirements.

Enfin tenir compte de la fatigabilité du patient et ne pas oublier avant de débuter la séance de vérifier que la TA n'est pas trop élevée.

5. EDUCATION DU PATIENT

5. 1. Quand débute-t-elle et pour qui ?

Cette éducation commence très tôt ; le plus souvent lors de la première prise en charge et se poursuit tout au long de l'hospitalisation.

Mais néanmoins, elle s'avère plus ou moins possible selon les différentes formes cliniques, suivant l'âge, la coopération et la motivation du patient.

Cette éducation devient difficile voire quasi - impossible dans les cas d'aphasie de compréhension, d 'atteintes des fonctions supérieures, d 'apathie.

5. 2. Que donner comme conseils ?

5. 2. 1. Généralités

Il doit apprendre à écouter son corps et gérer ses efforts ; il faut bien lui faire comprendre que le repos tient une place importante dans le processus de récupération.

5. 2. 2. Au niveau du membre supérieur

Au fauteuil ou debout : dès que le patient est autorisé à se lever (sur avis médical !), le port de l'écharpe est vivement conseillé pour lutter contre le phénomène de subluxation d'épaule si les muscles sont déficitaires. (ANNEXE VI)

Nous lui fabriquons cette écharpe en jersey et en mousse.

Nous lui apprenons à la mettre correctement c'est à dire enfiler le bras hémiplégique dans une boucle puis la faire passer sous le bras, entourer le rachis cervical, la faire passer en antérieur et passer la main atteinte dans la deuxième boucle.
Nous surveillons aussi que les auto mobilisations sont acquises et faites régulièrement dans la journée afin de limiter les problèmes trophiques, les enraidissements articulaires et conserver aussi son schéma corporel.

5. 2. 3. Le membre inférieur

Au fauteuil ou debout : il est important là aussi lors des premiers levers surtout ou de la première remise en charge de porter un bas de contention pour prévenir le risque de phlébite. (ANNEXE VI)

S'il présente un déficit des releveurs et des stabilisateurs latéraux de cheville, nous lui demandons ou à sa famille d'apporter des chaussures à tige haute dans le cadre de la rééducation à la marche.

6. **L'HEMIPLEGIQUE ET SON ENTOURAGE** (7)

Il est rare qu'un patient ne soit pas entouré, au moins de son conjoint, de ses enfants. Il est toujours difficile pour la famille d'accepter cet AVC, mais surtout aussi de constater les conséquences motrice, voire cognitives, psychiques dont souffrent le patient.

La question qui revient sans cesse lors de la première rencontre avec les proches est : « va-t-il récupérer ?, être comme avant ? ».

Comme dans toute atteinte neurologique, il est impossible de faire un pronostic de récupération en donnant des dates précises. La famille, l'entourage se trouve donc face à une situation inconnue, survenant brutalement.

Ceci explique donc un dialogue permanent et nécessaire avec les proches : expliquer en préambule les circonstances de l'AVC, la localisation et les conséquences que tout cela engendre, avec un vocabulaire simple et adapté.

Puis dans un second temps, quels moyens thérapeutiques ont été mis en place (médicaments, soins prodigués, travail effectué avec en kinésithérapie, ergothérapie), quels progrès ont été constatés et quelle attitude a été adoptée par le patient depuis son hospitalisation. (6)

Enfin leur demander quel était son profil psychologique avant l'AVC.

Lors de son hospitalisation, nous conseillons à l'entourage d'éviter de le surmener par des visites rapprochées, bruyantes (augmentent la fatigue, la TA) ; notifier à l'équipe soignante toute anomalie ou situation nouvelle ; se placer du côté hémiplégique (le stimuler et limiter l'anosognosie). S'il boit et s'étouffe le signaler car possibilités de troubles

de la déglutition. Dans la mesure du possible, ne pas l'assister, le laisser faire les choses lui-même.

Quelles que soient les séquelles laissées par l'AVC, la vie de famille va se modifier provisoirement, mais souvent définitivement. (2)

- + /- dépendance dans les AVQ
  (lourd pour le conjoint, sentiment de dégradation pour le patient)
- changements brusques de l'humeur : difficiles à gérer
- notion de difficultés de réinsertion sociale : réorientation professionnelle ou mise en invalidité permanente, faire face aux regards d'autrui.
- possibilités de soucis financiers : soins onéreux, pas de salaire car le conjoint ne travaille pas ou plus.

CONCLUSION

De toute évidence, la prise en charge hospitalière de l'hémiplégie vasculaire est primordiale et conditionne l'évolution et la suite de l'atteinte. Une fois que le côté médical est réglé, que l'origine et la cause exacte de l'AVC ont été identifiées, la phase hospitalière est pour ainsi dire terminée.

Mais dans la plupart des cas, le suivi et la rééducation ne s'arrêtent pas là.

En effet, en fonction de la gravité de l'atteinte, de l'âge, de la situation socio- professionnelle, l'orientation ré-éducative variera. Pour des atteintes légères, un suivi en libéral peut suffire.

Pour les autres, l'admission en centre de rééducation spécialisé est indiquée.

Du fait de l'importance du tableau clinique, la rééducation transdisciplinaire (ergothérapeute, orthophoniste, psychologue, médecins) est encore plus marquée qu'à l'hôpital.

Le rythme, l'intensité, la diversité quotidienne et l'orientation rééducative vers la réinsertion professionnelle et sociale sont donc les principaux axes de rééducation propres à un centre de rééducation.

BIBLIOGRAPHIE

1. **ALBERT André** Rééducation neuromusculaire Chez MASSON et COMPAGNIE

2. **BETHOUX François** De la déficience à la qualité de vie : étude des conséquences de l'hémiplégie vasculaire sur le patient et son entourage THESE MEDICAL : ST ETIENNE : 1997 p 115-116-117

3. **BLETON J.P** Rééducation fonctionnelle de l'hémiplégie de l'adulte DOSSIER INFIRMIER (mai 1990 N°9)

4. **BOUVIER G / PLEINES J /GIROUX JC** Le nursing en neurologie et en neurochirurgie EDISEM PARIS : MALOINE 1978 ST HYACINTHE (Québec)

5. **DUBRET.G / COUSIN François-Régis** Eléments d'anatomie et de physiologie du SNC Chez Flammarion Médecine -Sciences

6. **FRANCE AVC / SOCIETE FRANCAISE NEUROMUSCULAIRE** Accident vasculaire cérébral 101 questions (guide pratique pour les patients et leur entourage)

7. **GOMEZ Francis / HUGUET A / JULLIEN E** Hémiplégie et vie quotidienne : guide pratique à l'usage des patients, des familles et des professionnels. PARIS : ED. FRISON ROCHE 2000 p21-57

8. **Sous la direction d'Eric VIEL et François PLAS** Neurologie centrale chez l'adulte et réadaptation DOSSIERS de KINESITHERAPIE

9. **WIROTIUS JM / BLAVIGNAC C / GOUNET M / POMPIGNAC E** L'hémiplégique en milieu hospitalier général J.Réadaptation Médical 1996, n°2, 52-56 MASSON Paris 1996

ANNEXES

ANNEXE I

AIT : accident ischémique transitoire

AVC : accident vasculaire cérébral

AVP : accident de la voie publique

ECG : électro cardiogramme

EDC : écho doppler des vaisseaux du cou

EDTC : écho doppler transcrânien

EEG : électro encéphalogramme

EFR : exploration fonctionnelle respiratoire

EMG : électromyogramme

ETO : échographie cardiaque transoesophagienne

ETT : échographie cardiaque transthoracique

EVA : échelle visuelle analogique pour la douleur

FC : fréquence cardiaque

FR : fréquence respiratoire

HLH : hémianopsie latérale homonyme

HTA : hypertension artérielle

IRM : imagerie par résonance magnétique

PC : perte de connaissance

PEC : prise en charge

RP : radio pulmonaire

RX : radio

SEP : sclérose en plaques

SNC : système nerveux central

SNG : sonde nasogastrique

SU : sonde urinaire

TC : traumatisé crânien

TDM : scanner

UNV : unité d'urgences neuro vasculaires

VVC : voie veineuse centrale

VVP : voie veineuse périphérique

ANNEXE II

Quelques valeurs de base à connaître

- *Fréquence Respiratoire :* 12 à 16 cycles / minute
- *Fréquence cardiaque :* 70 à 80 battements / minute
- *Tension artérielle :* 14 en systolique 9 en diastolique
- *SaO2 :* > 97 %
- *PaO2 :* 90 mmHg +/- 5 mmHg
- *PaCO2 :* 40 mmHg +/- 4 mmHg
- *pH :* 7,40 +/- 0,02
- *INR :* Temps Quick du patient / Temps Quick témoin (12,5) = 2 à 3

ANNEXE III

ANALGESIQUE MORPHINIQUE : Topalgic

ANALGESIQUE PERIPHERIQUE : Doliprane

ANTIBIOTIQUES : Augmentin ; Clamoxyl

ANTICOAGULANTS : Fraxiparine ; Lovenox ; Calciparine (par voie sous cutanée)

ANTICOAGULANT ANTI – VITAMINE K : Previscan

ANTICHOLINERGIQUE : correcteur bradycardie : Atropine

ANTI-HYPERTENSEUR : Coversyl

ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN : Profenid

ANTI-ULCEREUX ANTI-SECRETOIRE GASTRIQUE : Mopral

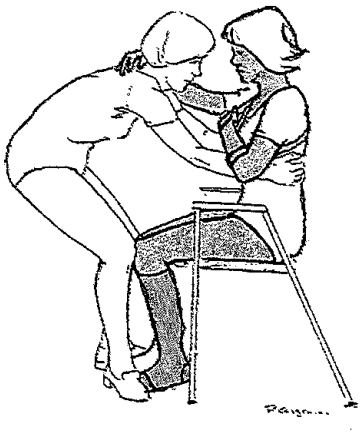
ANXIOLYTIQUES : Atarax ; Lexomyl

BRONCHODILATATEUR : Bricanyl

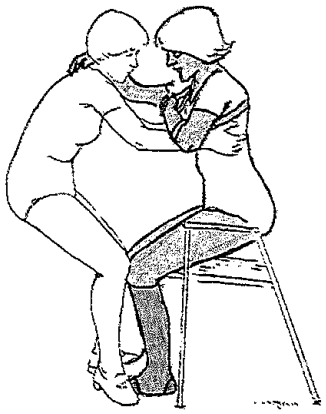
BRONCHODILATATEUR ASTHMATIQUE : Atrovent

ANNEXE IV

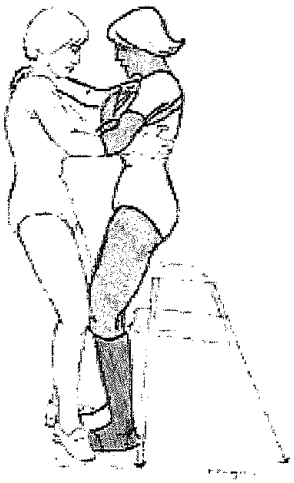
LEVER DE L'HEMIPLEGIQUE



Première étape



Deuxième étape



Dernière étape

ANNEXE V

Institut Régional de Réadaptation - Nancy

CRAM du Nord-Est

ECHELLE d'ÉVALUATION de la SPASTICITÉ (d'après ASHWORTH)

Nom du patient : .....

Prénom : .....

Date de naissance : j/m/a .....

N° d'identification : .....

DIAGNOSTIC :

Date de début de l'affection : .. ..

Date d'examen					
Examinateur					
Médicaments					
Épine irritative					
Coopération / Vigilance	/	/	/	/	/
Autre					

	GROUPES MUSCULAIRES	Position	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G
Membre Supérieur	Adducteurs											
	Rotateurs Internes											
	Fléchisseurs Coude											
	Extenseurs Coude											
	Pronateurs											
	Fléchisseurs du poignet											
	Fléchisseurs doigts											
Membre Inférieur	Adducteurs											
	Quadriceps											
	Ischio-Jambiers											
	Fléchisseurs Plantaires											

0 = pas d'augmentation du tonus ;
1 = légère augmentation du tonus donnant arrêt lors de la mobilisation passive ;
2 = augmentation plus importante, mais mobilisation passive reste facile ;
3 = augmentation importante, mobilisation passive difficile ;
4 = mobilisation passive impossible

État de vigilance

1 sommeil 2 éveil 3 agitation

Niveau de coopération

1 coopère 2 ne coopère pas

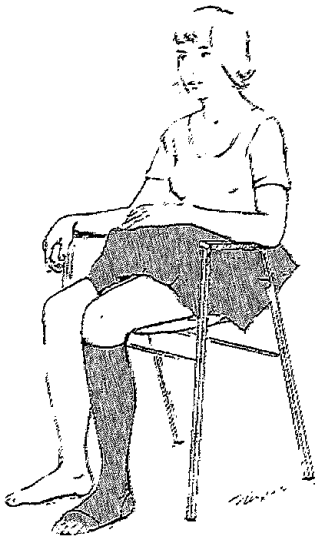
Position

DD Décubitus dorsal A Assis

ANNEXE VI

INSTALLATION DE L'HEMIPLEGIQUE

L'écharpe de l'hémiplégique



Au fauteuil :
Le bras repose sur un coussin, en déclive.
pour favoriser le drainage de retour.
Port d'un bas de contention pour prévenir
la survenue de phlébite lors des levers.

ANNEXE VII

Nom :

Date :

BILAN NEUROLOGIE CENTRALE
MEMBRE SUPERIEUR

Côté :

	MUSCLES	Pos.	Bilan de la spasticité				Force	Ampl.	Syncinésies	Facilitat
			Ash	V	Int.	Ang.				
HUMERUS	Add. omoplate									
	Grand dentelé									
	Trapèze sup.									
	Antépulseurs									
	Rétropulseurs									
	Abducteurs									
	Adducteurs									
	Rot. internes									
	Rot. externes									
COUDE	Fléchisseurs									
	Extenseurs									
	Supinateurs									
	Pronateurs									
POIGNET	Fléchisseurs									
	Extenseurs									
DIGITS	Fléchisseurs prof. superf									
	Extenseurs									
	Interosseux palm.									
	Interosseux dorsaux									
	Lombricaux									
	Ve abducteur opposant									
POUCE	Fléchisseurs Long court									
	Extenseurs Long court									
	Abducteurs Long court									
	Adducteur									
	Opposant									

ANNEXE VIII

Nom :

Date :

BILAN NEUROLOGIE CENTRALE
MEMBRE INFERIEUR

Côté :

	MUSCLES	Pos.	Bilan de la spasticité				Force	Ampl.	Syncinésies	Facilitat
			Ash	V	Int.	Ang.				
	Abdominaux									
HANCHE	Psoas iliaque									
HANCHE	Grand fessier									
HANCHE	Moyen fessier									
HANCHE	Adducteurs									
HANCHE	Rot. internes									
HANCHE	Rot. externes									
GENOU	Quadriceps									
GENOU	Fléchisseurs									
PIED	Jambier ant.									
PIED	Extenseur commun orteils									
PIED	Extenseur du I									
PIED	Péroniers latéraux									
PIED	Triceps									
PIED	Jambier post.									
PIED	Fléchisseurs communs orteils									
PIED	Fléchisseurs du I									

nom :

date :

BILAN DES SENSIBILITES

côté :

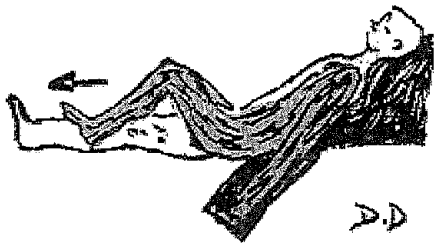
Sensibilité superficielle				Sensibilité profonde			
	Thactile	Douloureuse	Thermique		Stabesthésique	Kinésthésique	
						Vitesse lente	Vitesse rapide
Bras				Epaule			
				Coude			
Avant-bras				Poignet			
Main				Doigts			
Cuisse				Hanche			
Jambe				Genou			
Pied				Cheville			

ANNEXE IX

ANNEXE X

BOBATH (en progression)

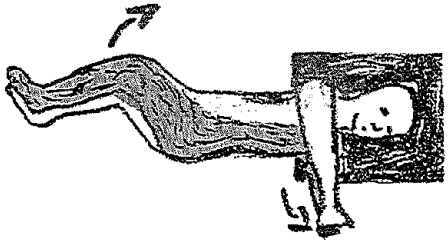
***En décubitus :* travail du membre inférieur**



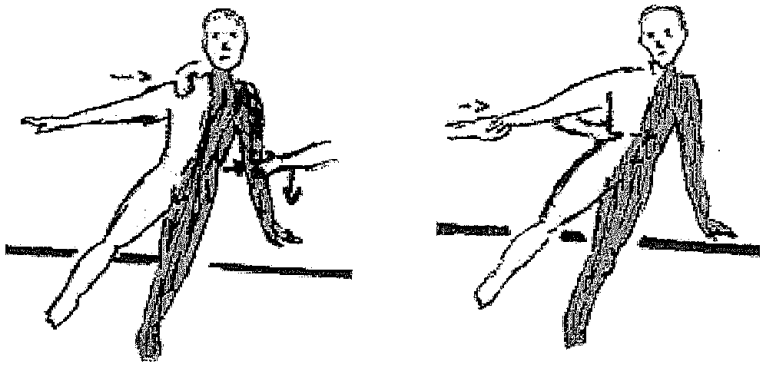
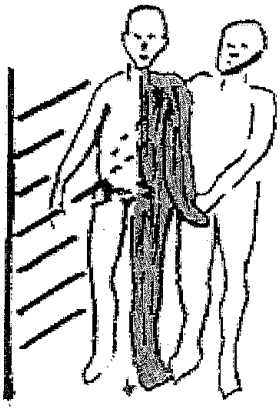
Contrôle du genou : en statique : triple flexion

: en dynamique : triple extension

***En décubitus :* travail de dissociation des ceintures**



***Assis :* travail de l'équilibre et des réactions parachutes**



***Debout :* travail du transfert du poids du corps**