

EVALUATION DE LA PRISE EN
CHARGE DE L'HYPERTONIE
SPASTIQUE CHEZ LES ACCIDENTES
VASCULAIRES CEREBRAUX A
PROPOS DE 63 CAS HOSPITALISES
A L'EHS SERAIDI

Dr S.MAIZ - Dr N.TOUMI - Pr Z. NOUACER
EHS SERAIDI _ANNABA_

INTRODUCTION

- **L'apparition d'une hypertonie spastique dans les suites d'une hémiplégie par accident vasculaire cérébral est un évènement fréquent.**
- **Son évaluation reste principalement clinique et sa régulation est indispensable pour:**
 - ✓ **Prévenir les complications musculo-tendineuses et articulaires.**
 - ✓ **Améliorer la fonction si possible.**

- **Les conséquences de l'hypertonie spastique sont variables et dépendent de:**
 - ✓ **La localisation.**
 - ✓ **Du niveau de récupération motrice.**
 - ✓ **Des complications orthopédiques.**

- **La prise en charge thérapeutique associe différents moyens :**
 - **Kinésithérapie.**
 - **Traitement médicamenteux local et général**
 - **Appareillage.**
 - **Chirurgie.**

MATERIELS ET METHODES

- **Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur 63 dossiers de patients hémiplégiques vasculaires hospitalisés dans le service de MPR de l'EHS Séraïdi durant une année (du 01 janvier 2011 au 31 décembre 2011)**
- **Critères d'inclusion:**
 - **Hémiplégie vasculaire.**
 - **Adulte >16 ans.**

- **Critères d'exclusion:**

- Hémiplégie infantile.
- Traitée à titre externe.
- hémiplegie d'origine tumorale , lésion traumatique cérébrale et autres étiologies.

- **Méthodes:**

- Registres d'hospitalisation pour le dépouillement.
- Dossiers médicaux des patients.
- Fiche technique.
- Paramètres de l'étude: épidémiologiques, cliniques et fonctionnels.

- N° dossier :
- Nom et prénom :
- Sexe :
- Age :
- Adresse :
- Date de l'AVC :
- Diagnostic :
- Antécédents :
- Date d'hospitalisation :
- Type d'AVC :
- Siège de la lésion :
- Signes physiques associés :

Déficit moteur membre sup :	oui	non	non établi
Commande : - Membre sup :	présente	absente	
Déficit moteur membre inf :	oui	non	non établi
Commande : - Membre inf :	présente	absente	
Déficit sensitif membre sup :	oui	non	non établi
Déficit sensitif membre inf :	oui	non	non établi
Déficit perceptif :	oui	non	non établi
Troubles de la communication :	oui	non	non établi
Déficit cognitif :	oui	non	non établi
Troubles psychiatrique/ humeur :	oui	non	non établi
Déficiência visuelle :	oui	non	non établi
Troubles du comportement :	oui	non	non établi

- Préciser le profil de la spasticité :
 - Membre supérieur seulement :
 - Membre inférieur seulement :
 - Membre supérieur et inférieur :

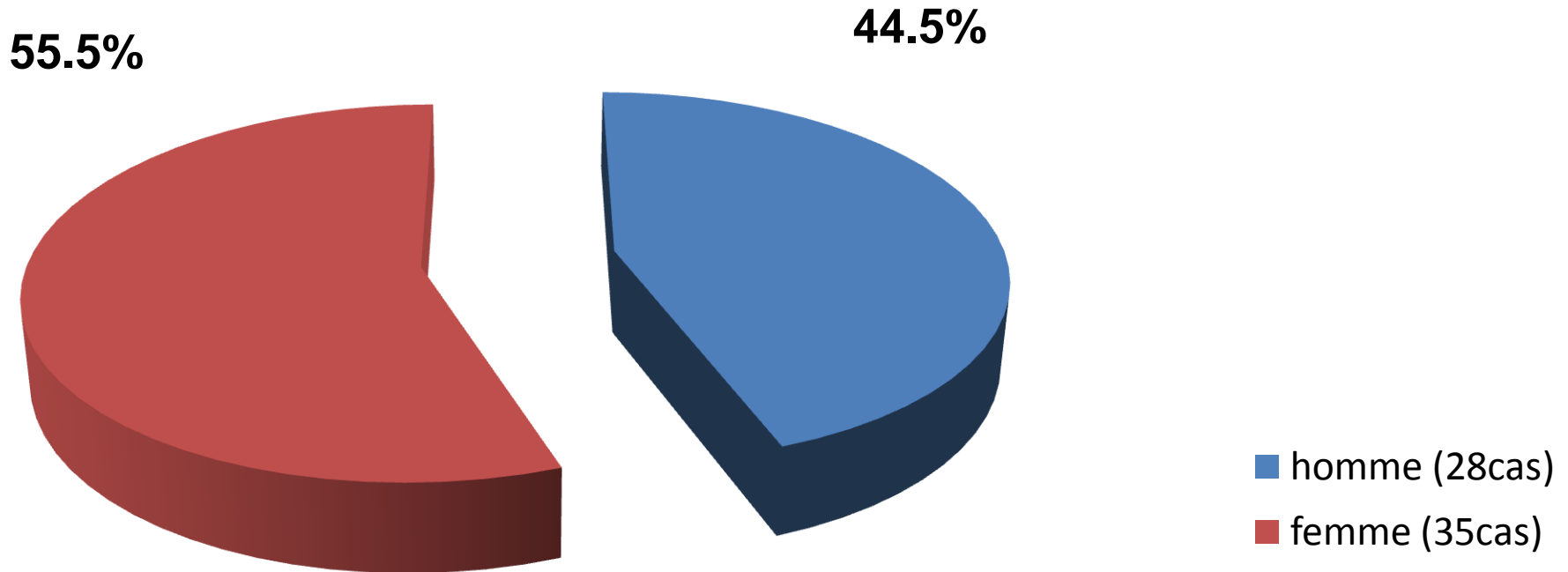
- Attitude spontanée du membre supérieur :
 - Epaule :
 - Coude :
 - Poignet :
 - Main :
 - Pouce dans la paume :
- Evaluation de la spasticité au membre supérieur selon Ashworth modifiée :
- Attitude spontanée du membre inférieur :
 - Hanche :
 - Genou :
 - Pied :
 - Orteils :
- Evaluation de la spasticité au membre inférieur selon Ashwort modifiée :
- Objectif du traitement de la spasticité :
 - Au membre supérieur :
 - Au membre inférieur :
- Type de traitement reçu :
 - Kinésithérapie seule :
 - Kinésithérapie + Appareillage :
 - Traitement médicamenteux par voie orale :
 - Kiné + Appareillage + Toxine botulinique :
 - Chirurgie :
- Evaluation des résultats de traitement de la spasticité :
 - la cotation de la spasticité:
 - la fonction:

- **L'objectif de notre travail était l'évaluation de l'efficacité de la prise en charge de l'hypertonie spastique sur la cotation ainsi que sur l'amélioration de la fonction si possible (préhensions globales, fines et la marche).**

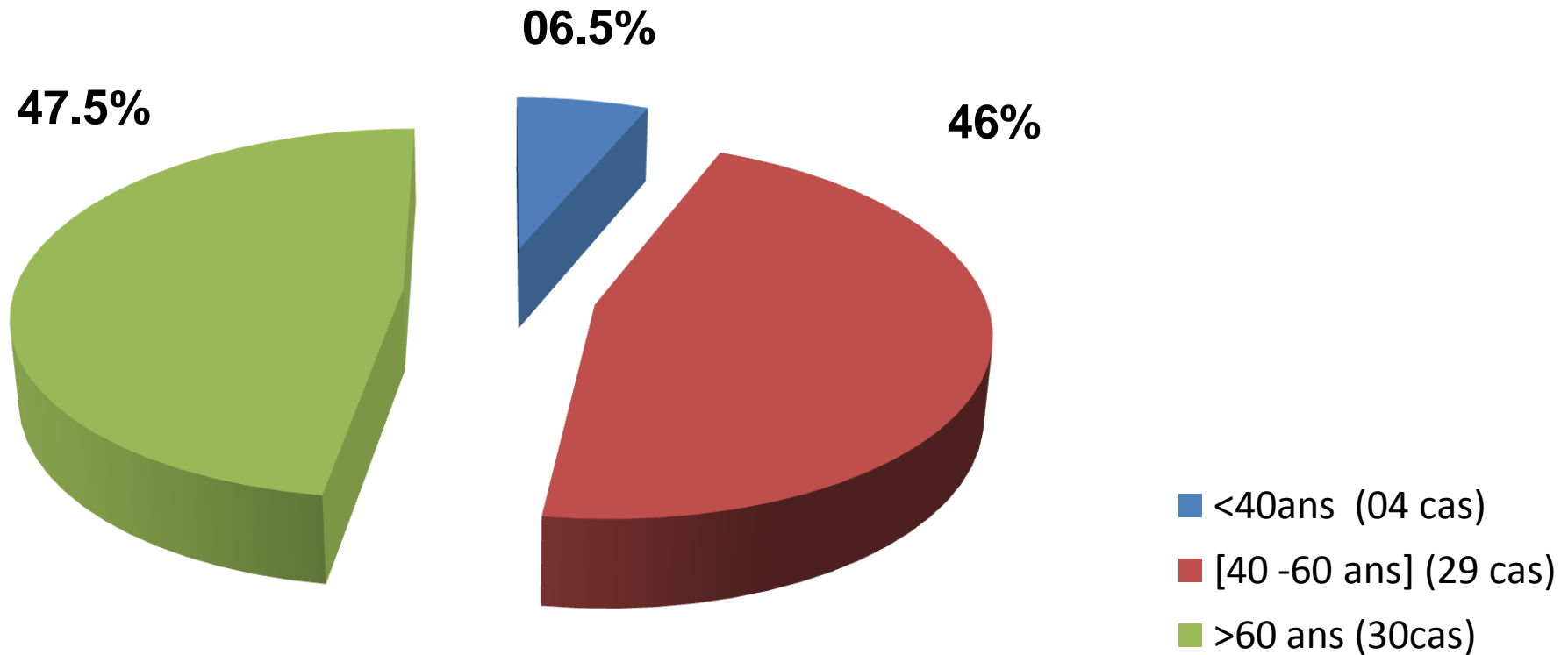
LES RESULTATS

DONNEES
EPIDEMIOLOGIQUES

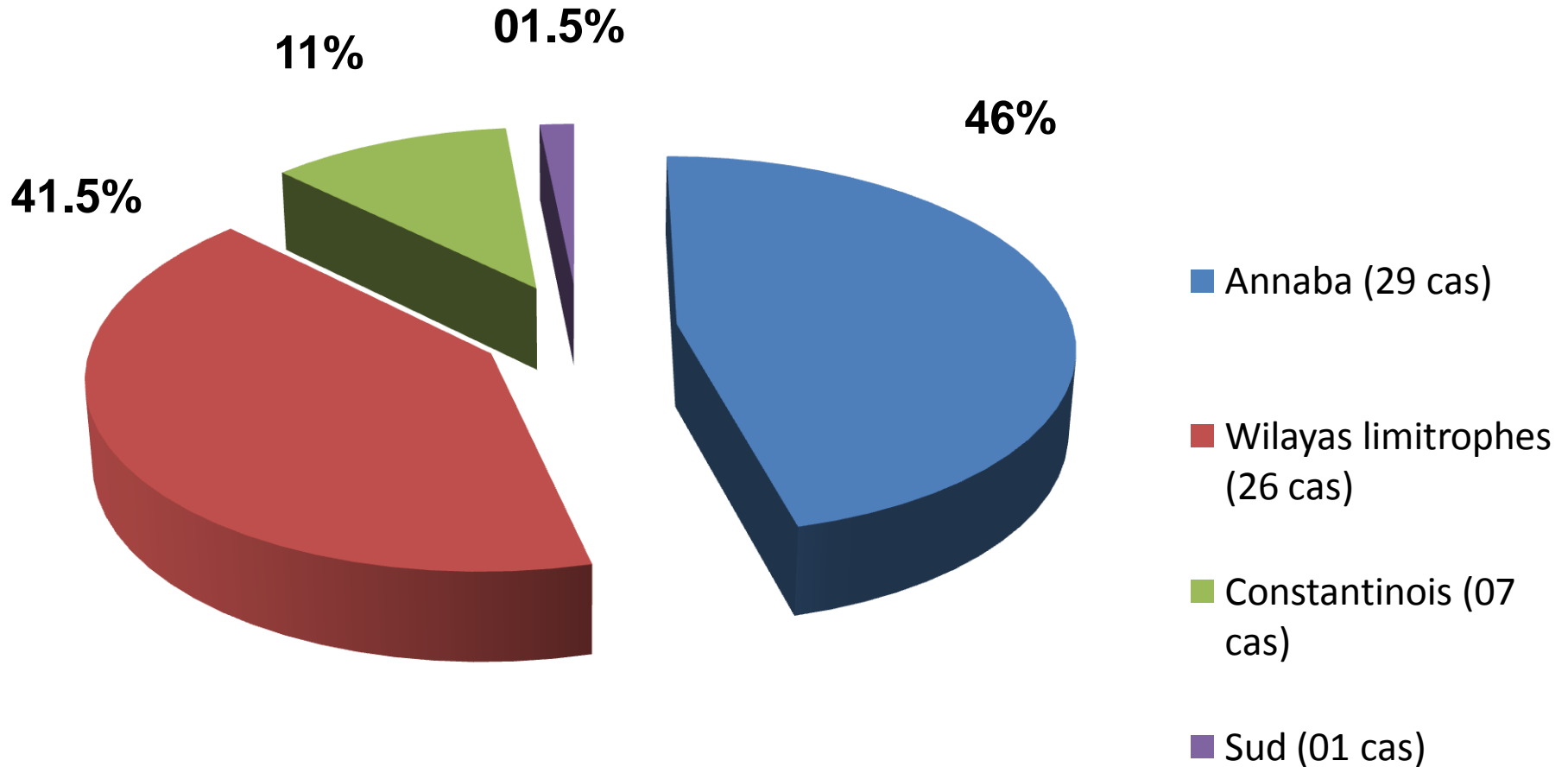
Répartition de la population selon le sexe:



Répartition de la population selon l'âge



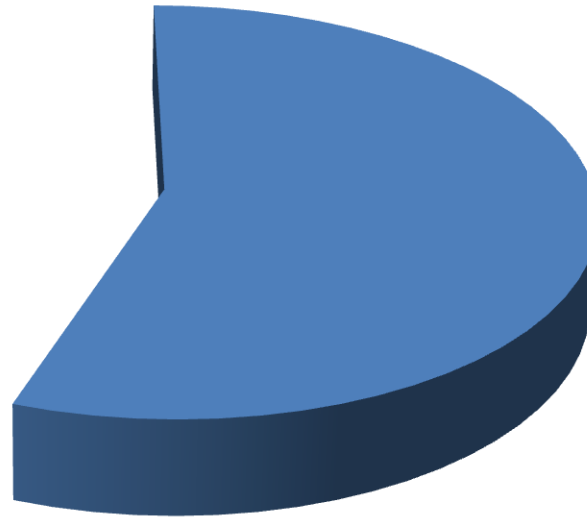
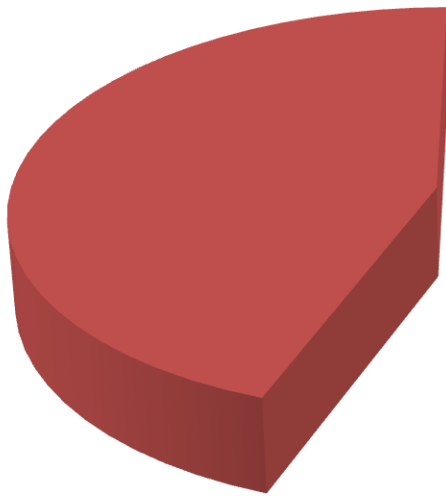
Répartition selon la région



Répartition selon le type de l'hémiplégie

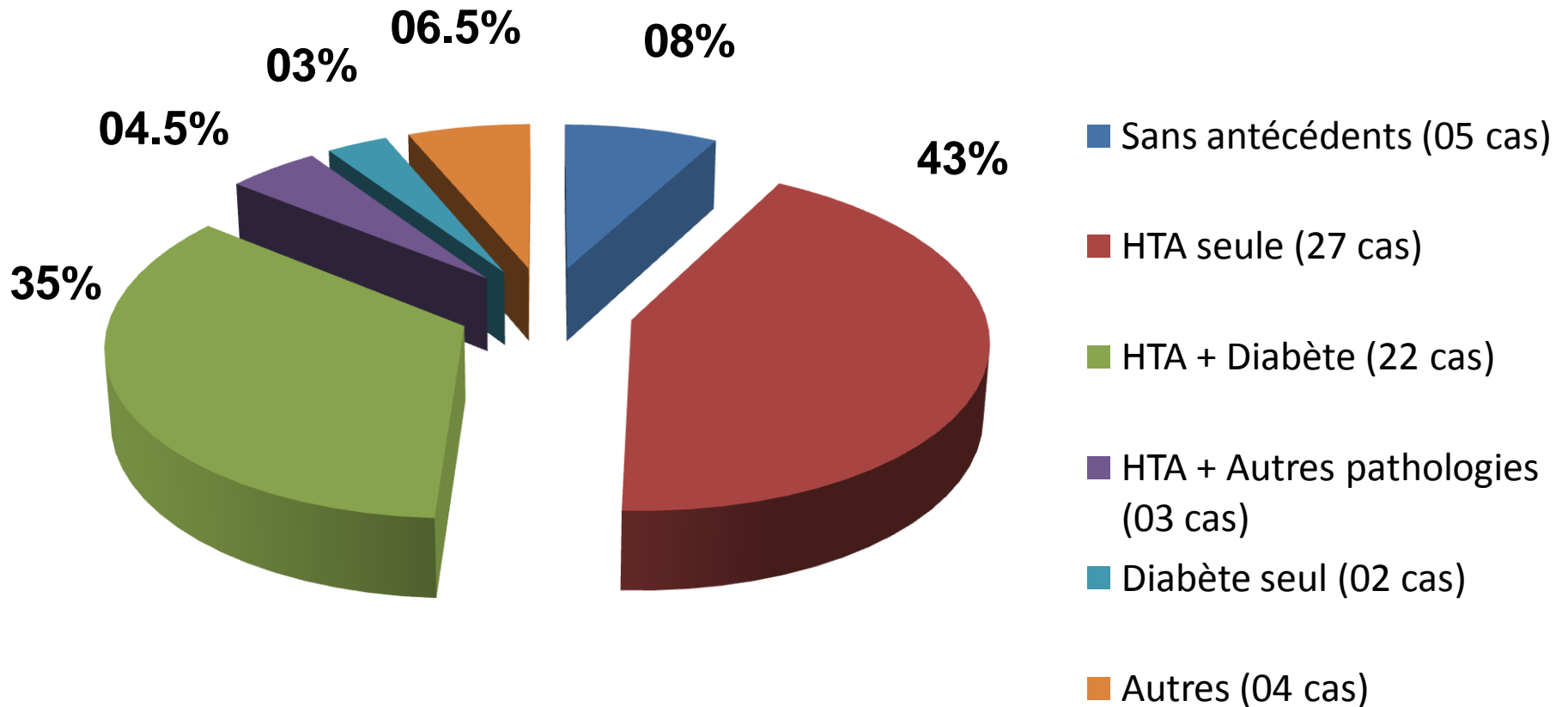
44.5%

55.5%

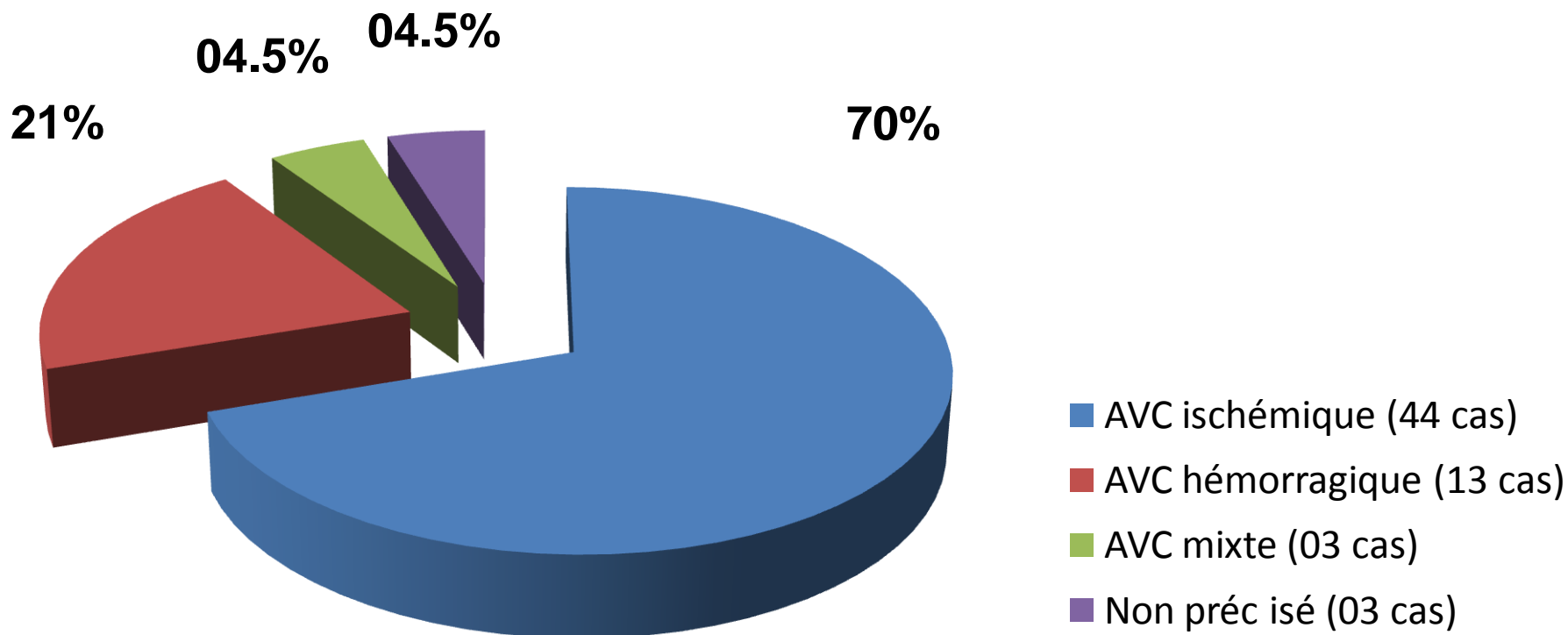


- hémi droite (35 cas)
- hémi gauche (28 cas)

Répartition selon les antécédents du patient



Répartition selon le type d'AVC



DONNEES CLINIQUES

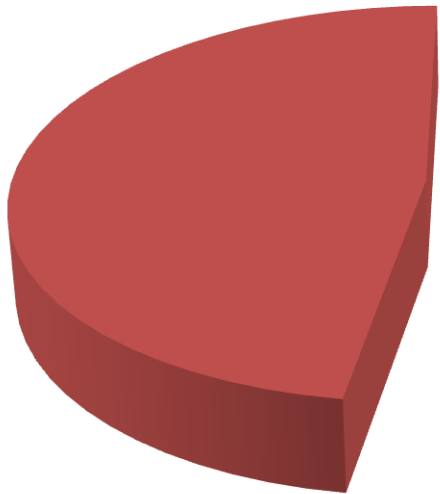
RÉPARTITION SELON
LES SIGNES CLINIQUES

Déficit moteur membre supérieur

Commande

47.5%

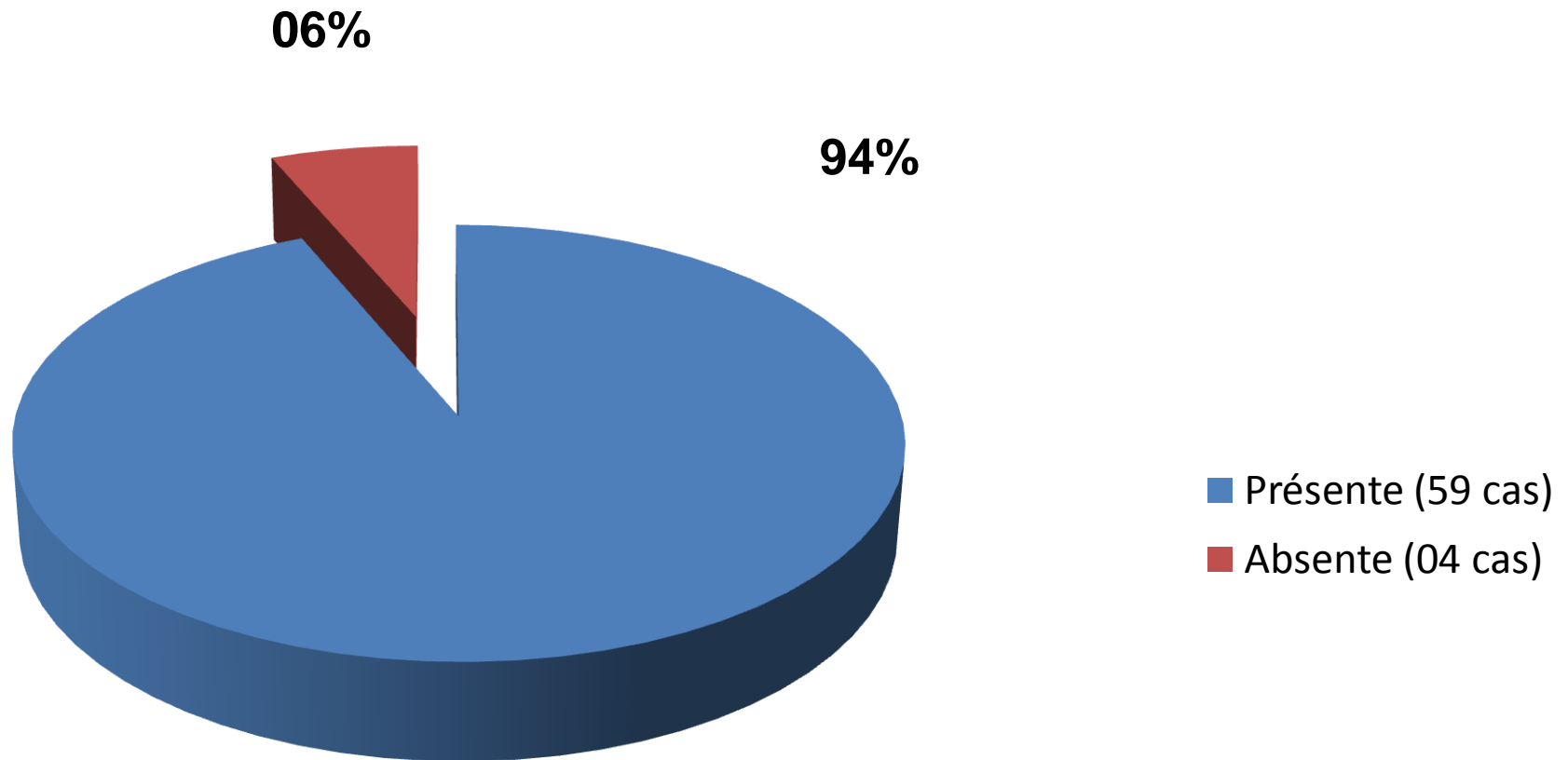
52.5%



- présente (33cas)
- absente (30cas)

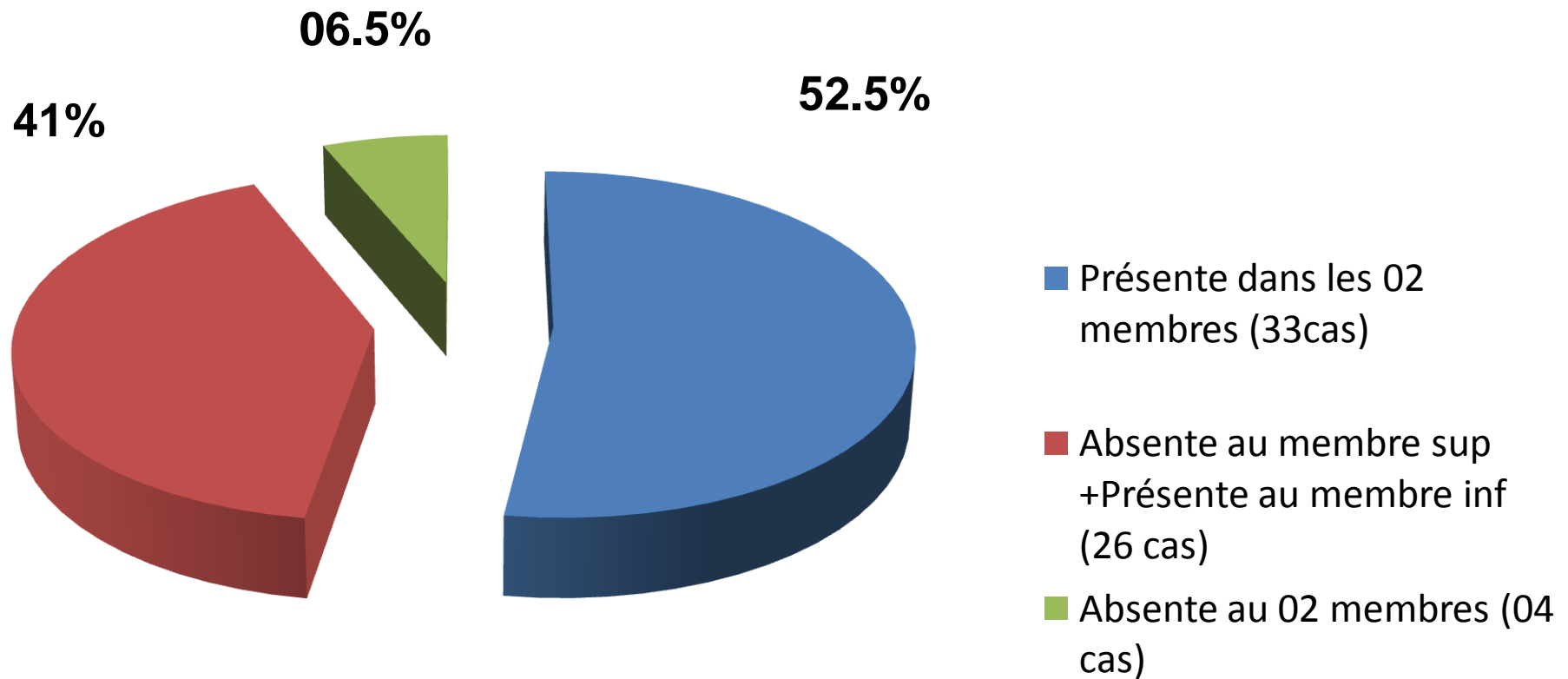
Déficit moteur membre inférieur

Commande

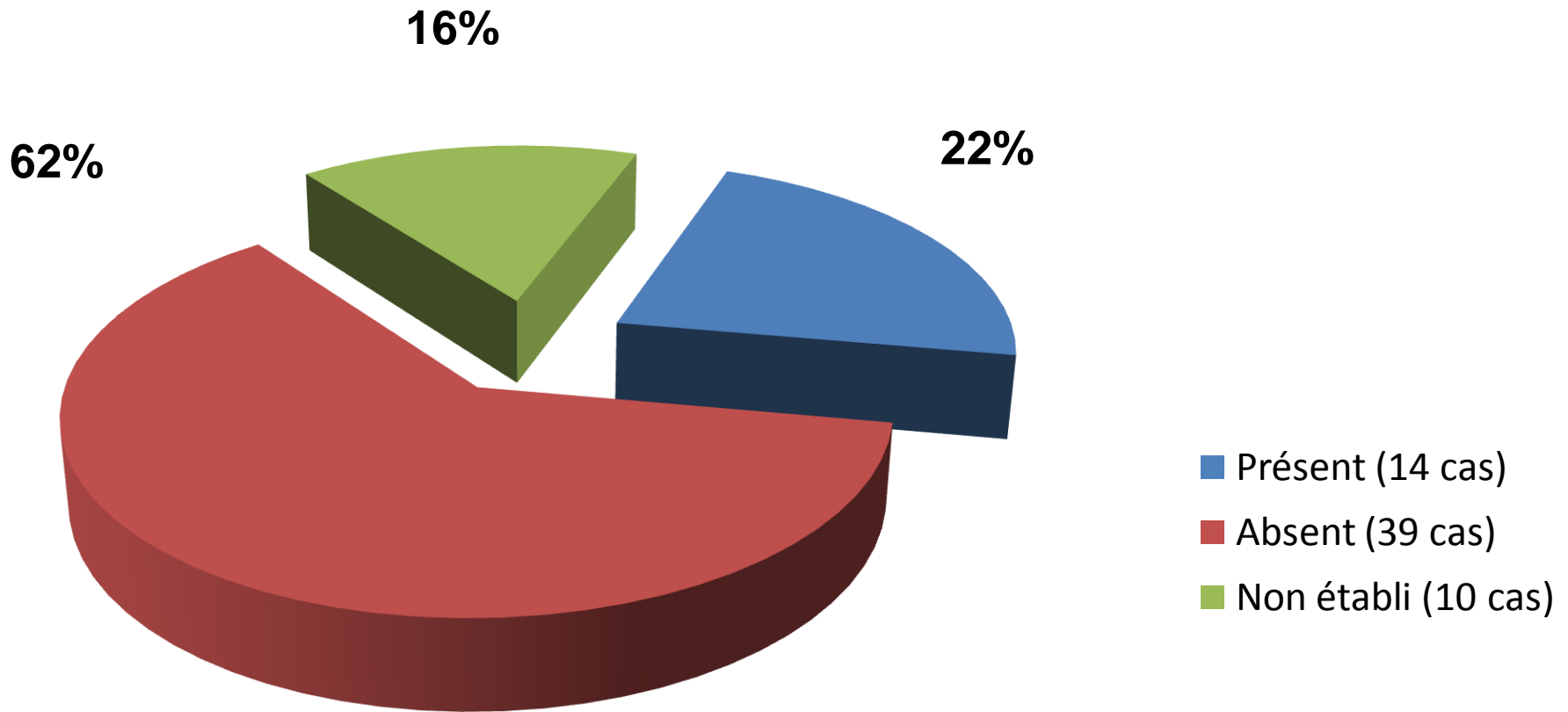


Déficit moteur dans les deux membres

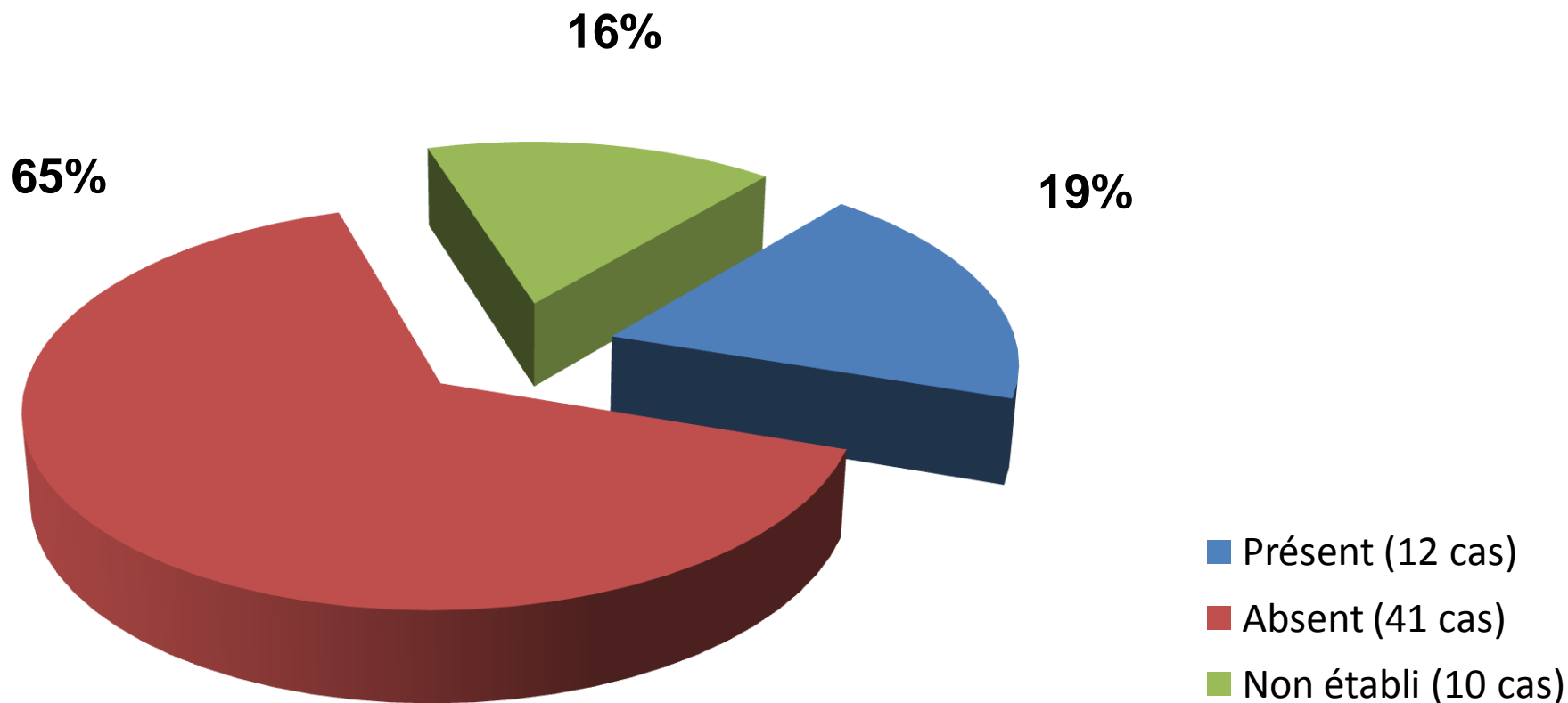
Commande



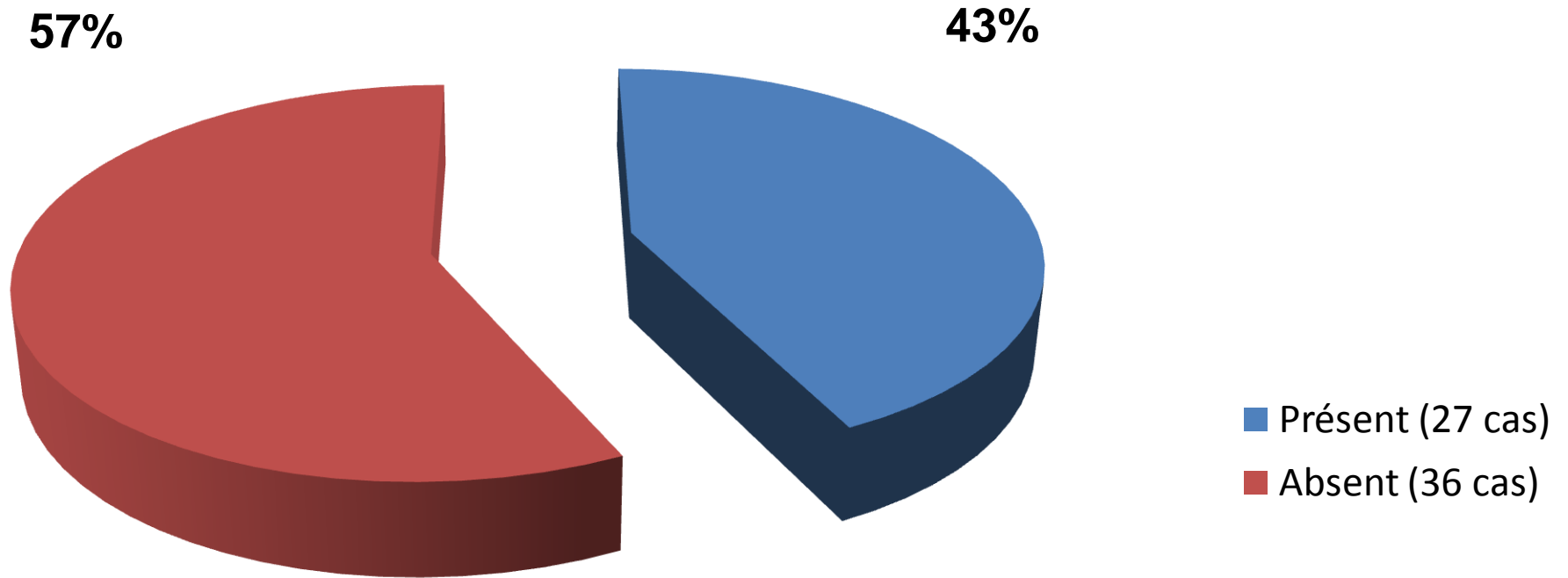
Déficit sensitif membre supérieur et membre inférieur



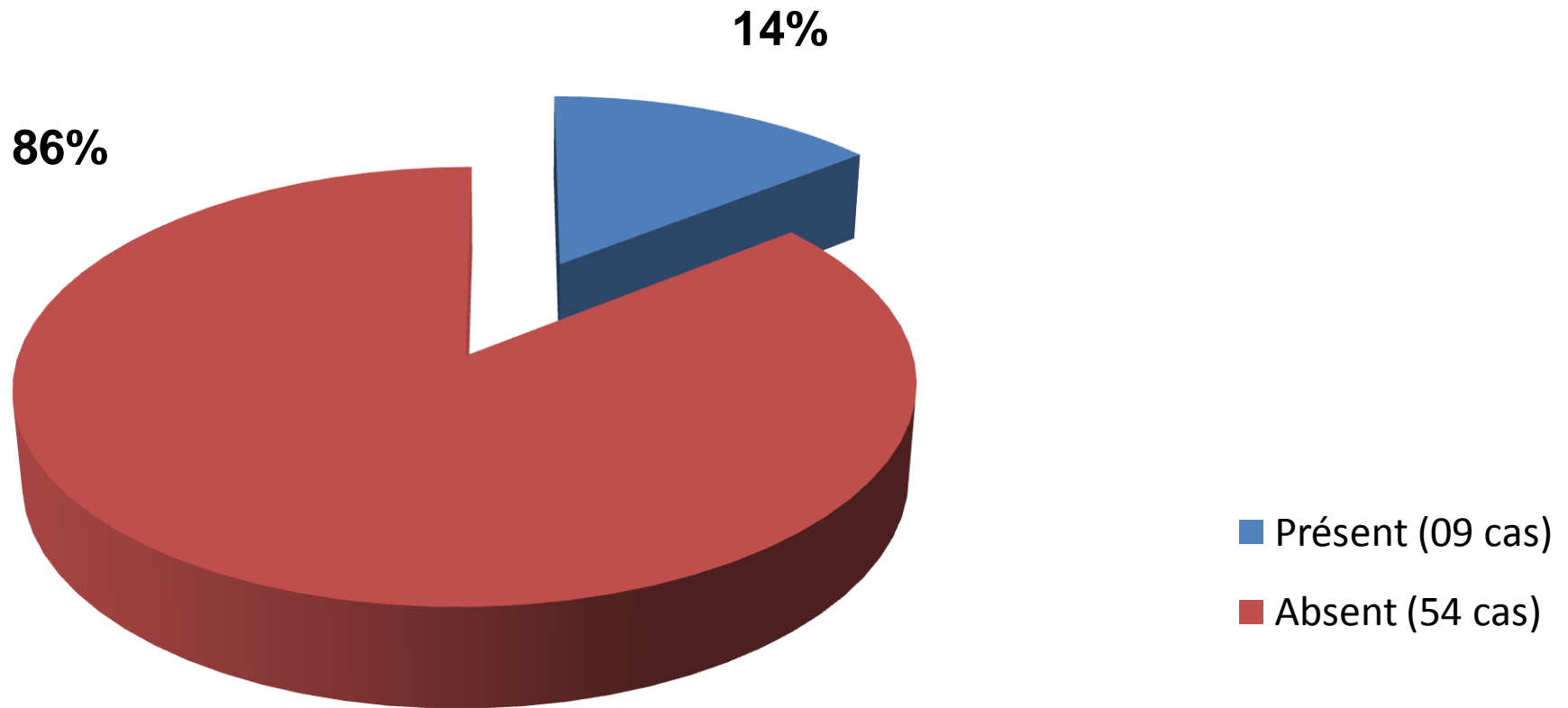
Troubles de la sensibilité profonde



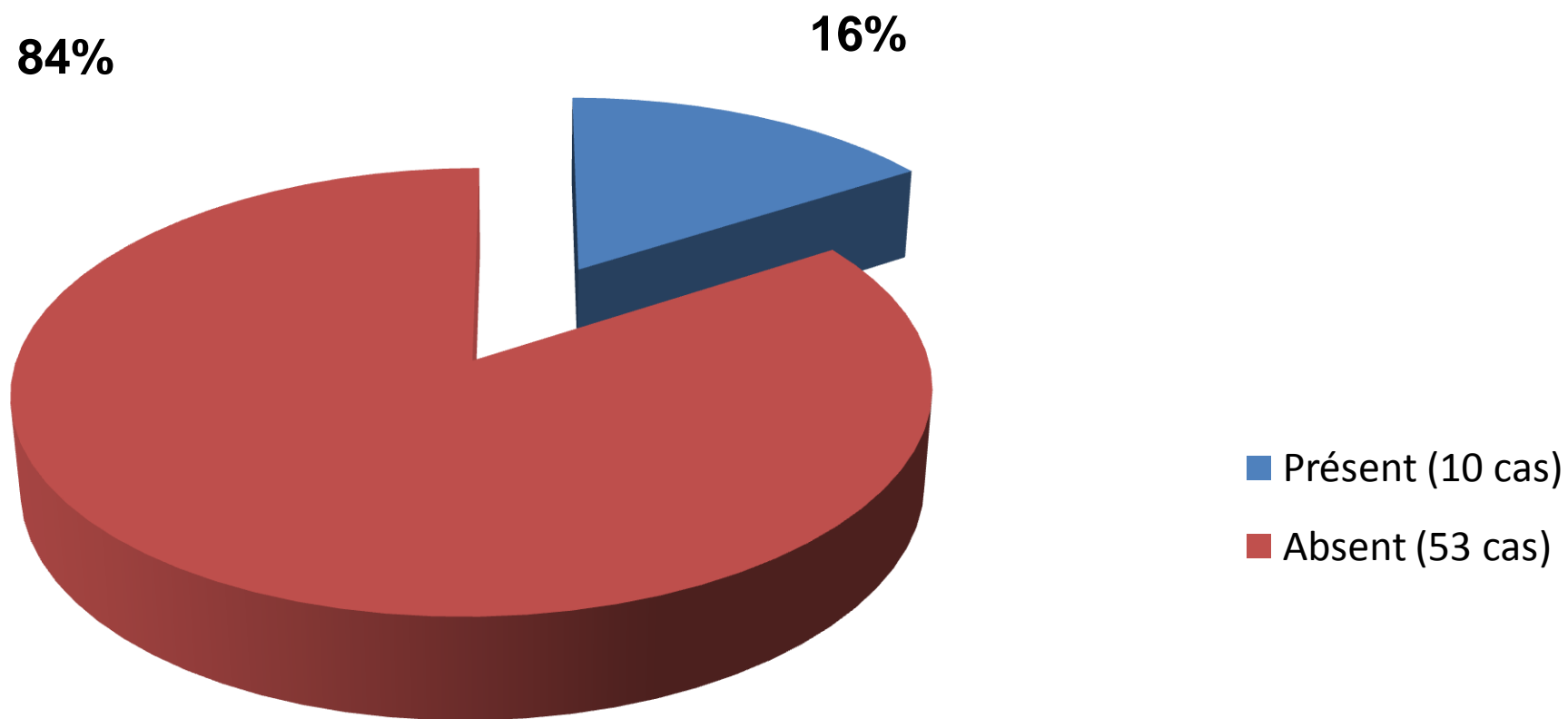
Troubles du langage



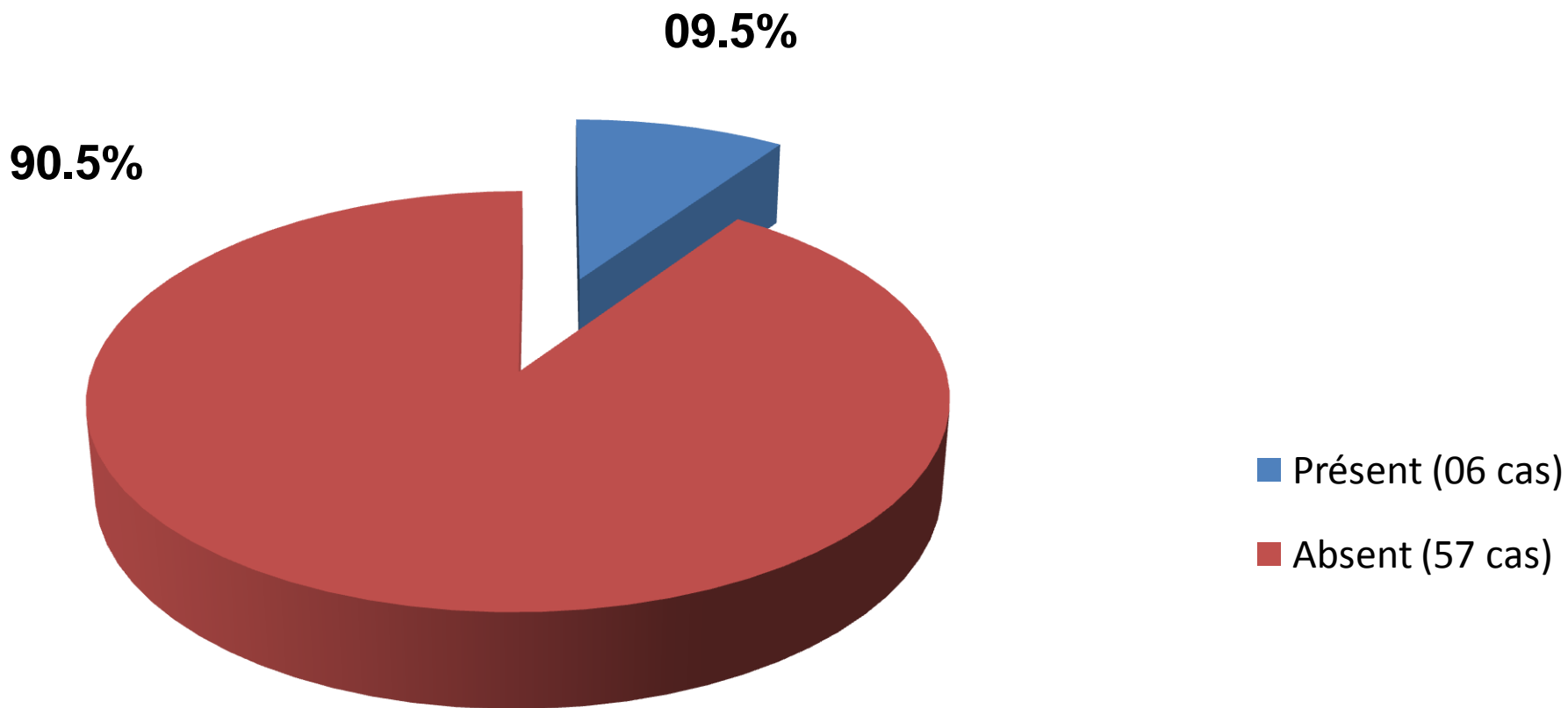
Troubles de la mémoire



Troubles psychiques

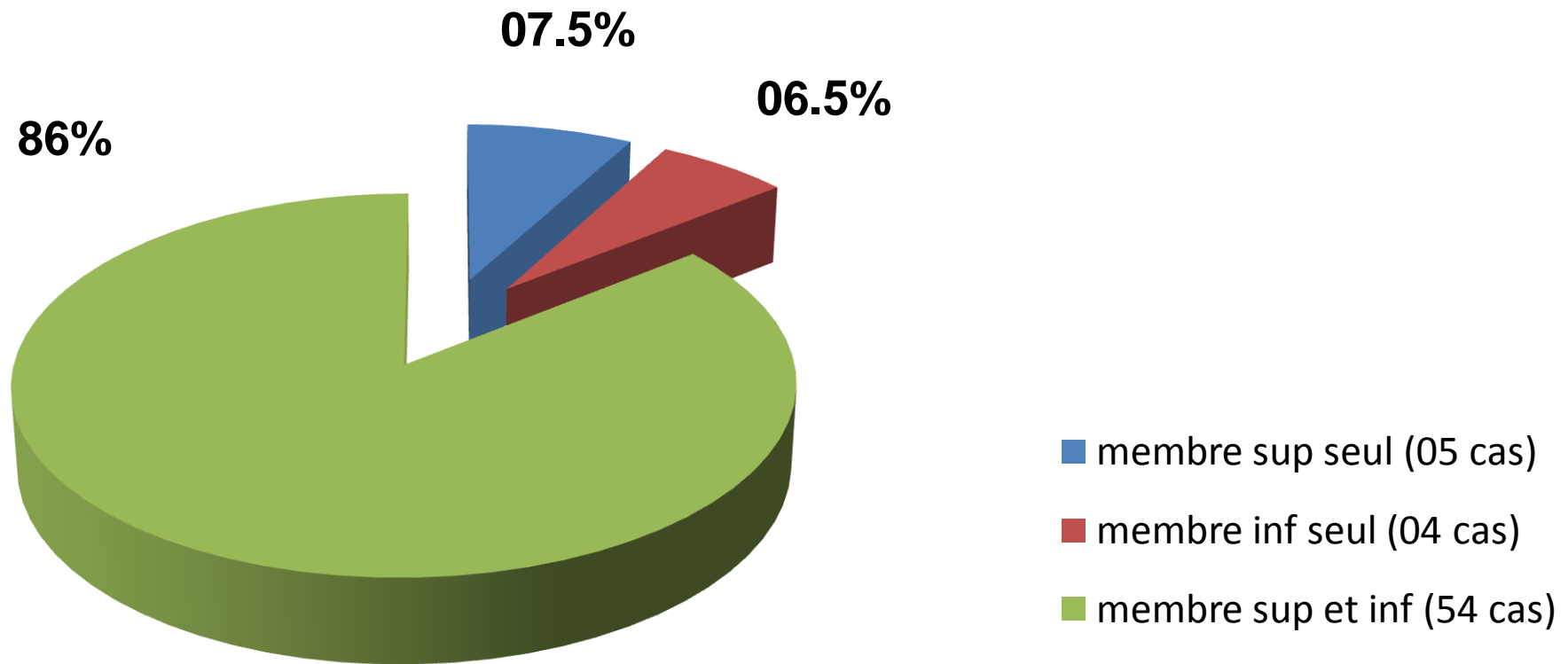


Déficiences visuelles

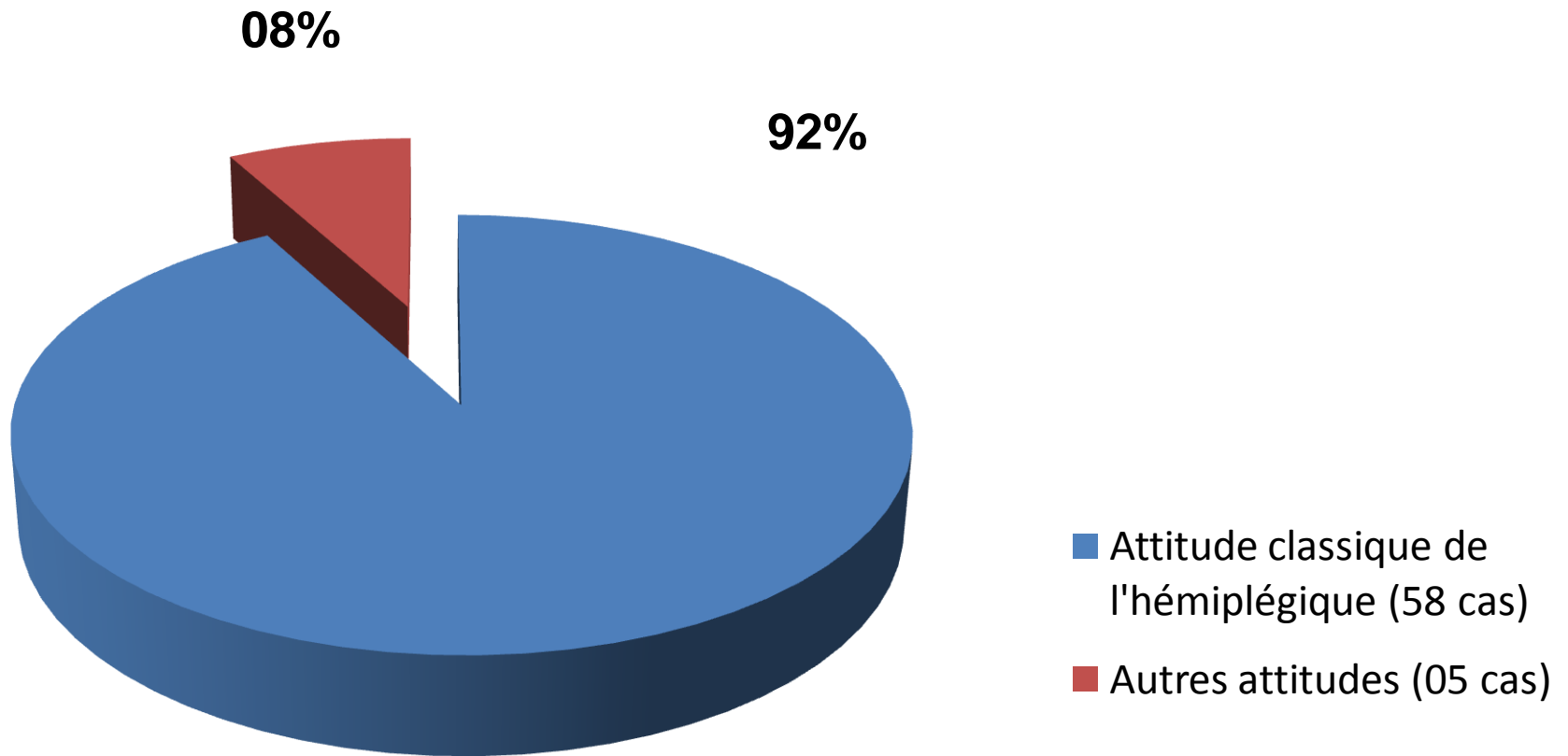


RÉPARTITION SELON
LES PARAMÈTRES DE
LA SPASTICITÉ

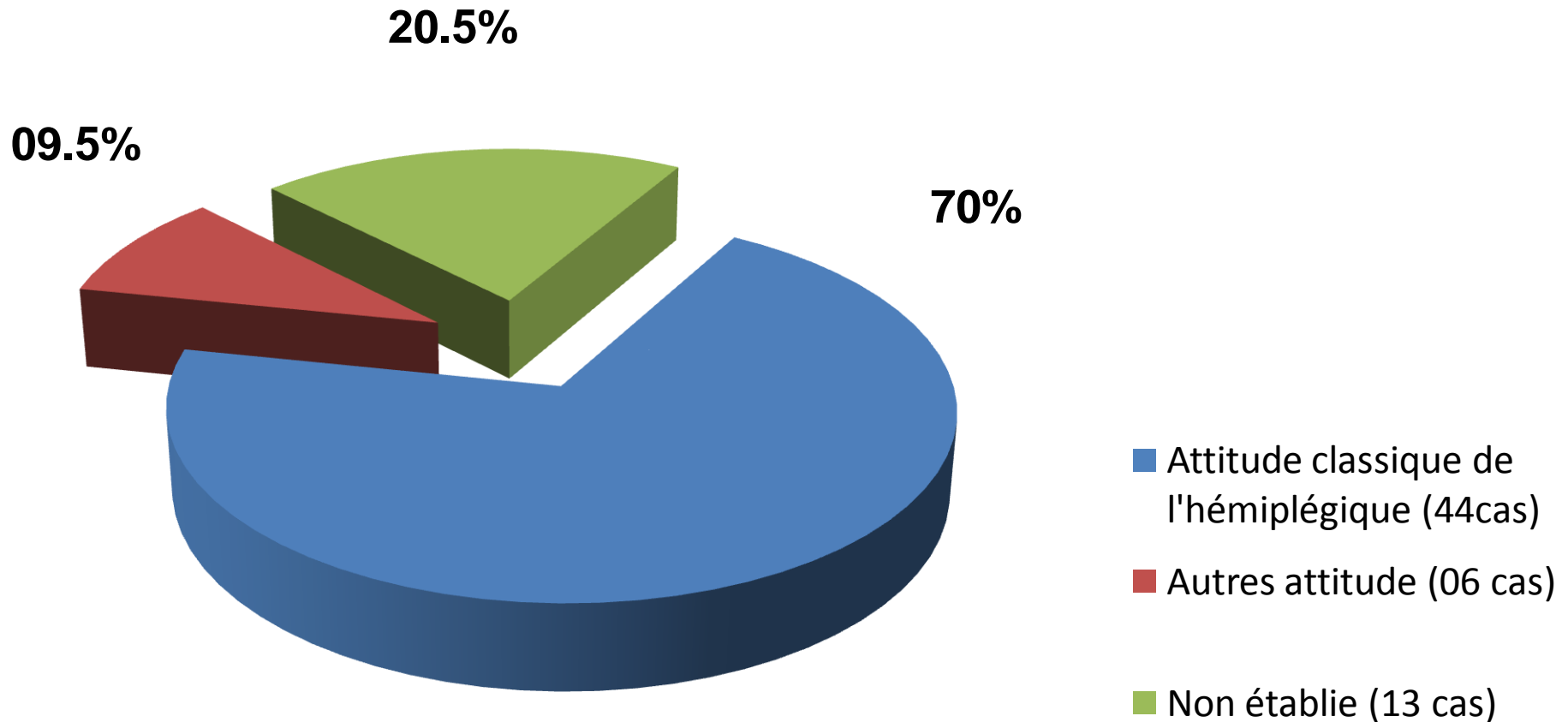
Répartition topographique de la spasticité



Répartition selon l'attitude spontanée du membre supérieur

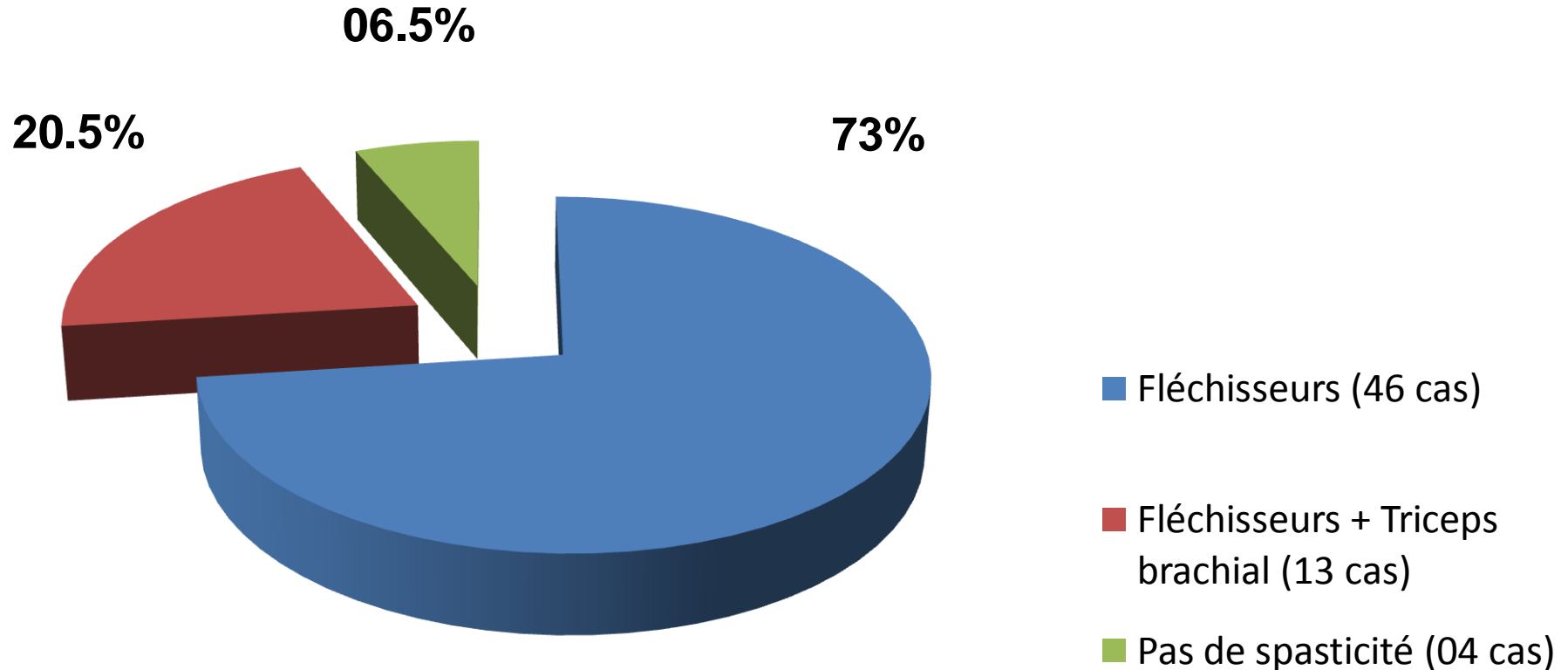


Répartition selon l'attitude spontanée du membre inférieur



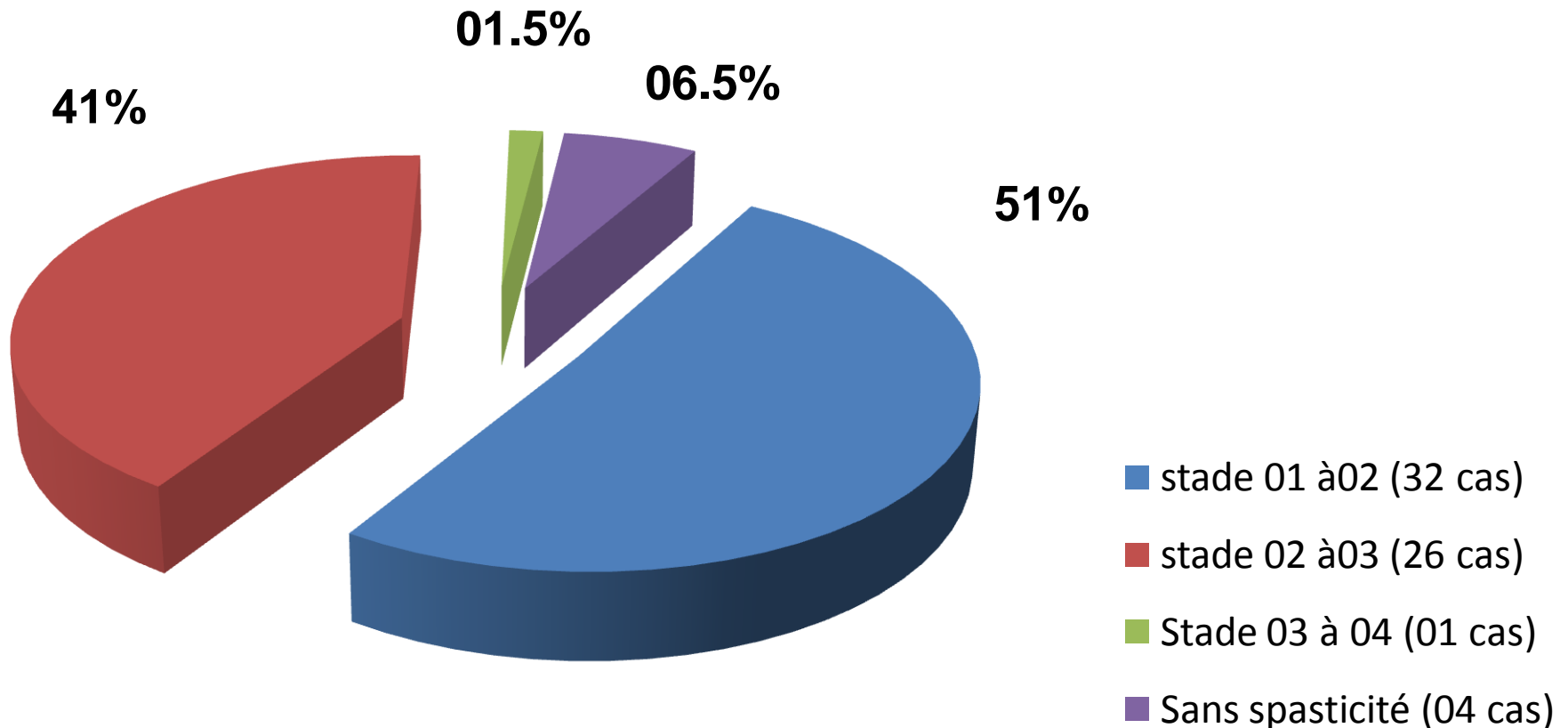
Répartition de la spasticité selon les groupes musculaires

Membre supérieur



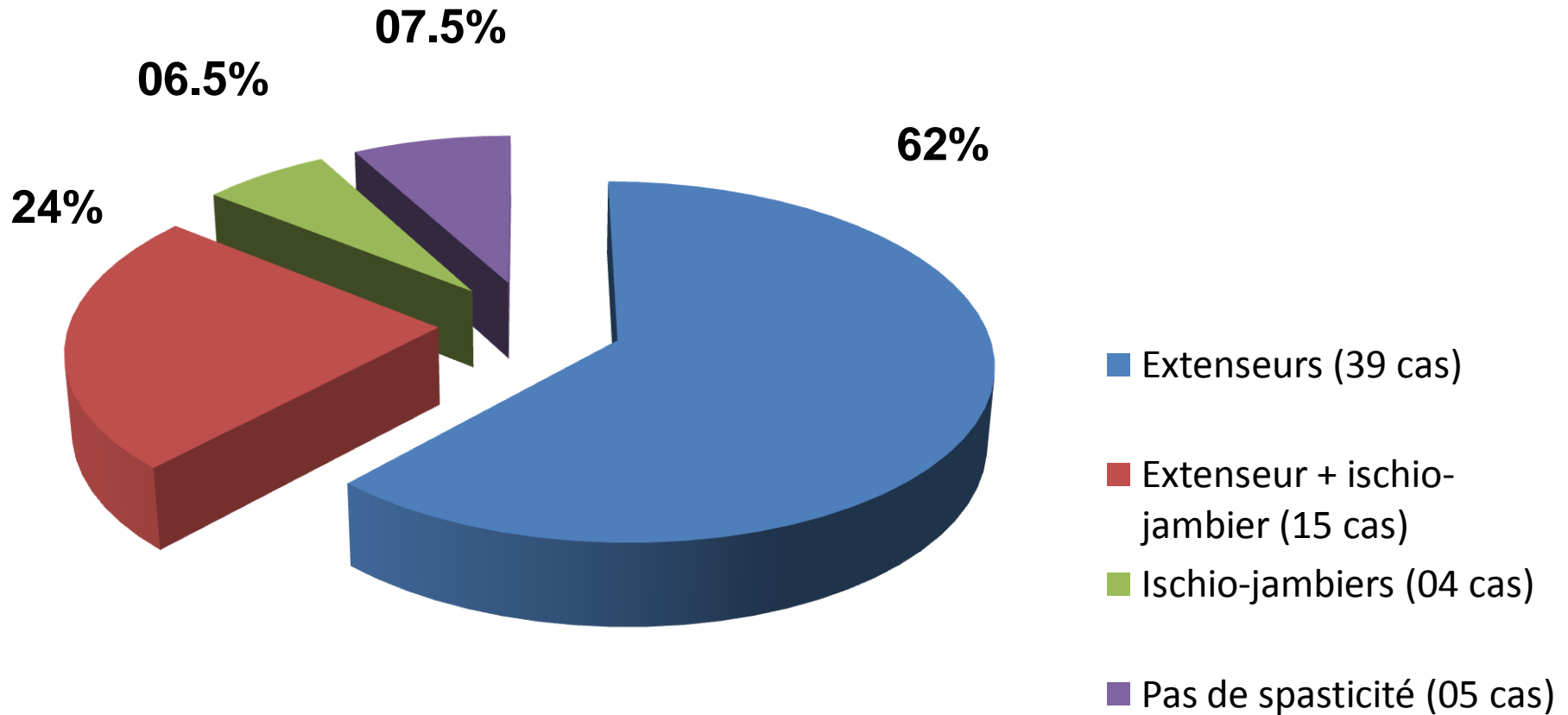
Répartition de la spasticité selon la cotation d'Ashworth modifiée

Membre supérieur



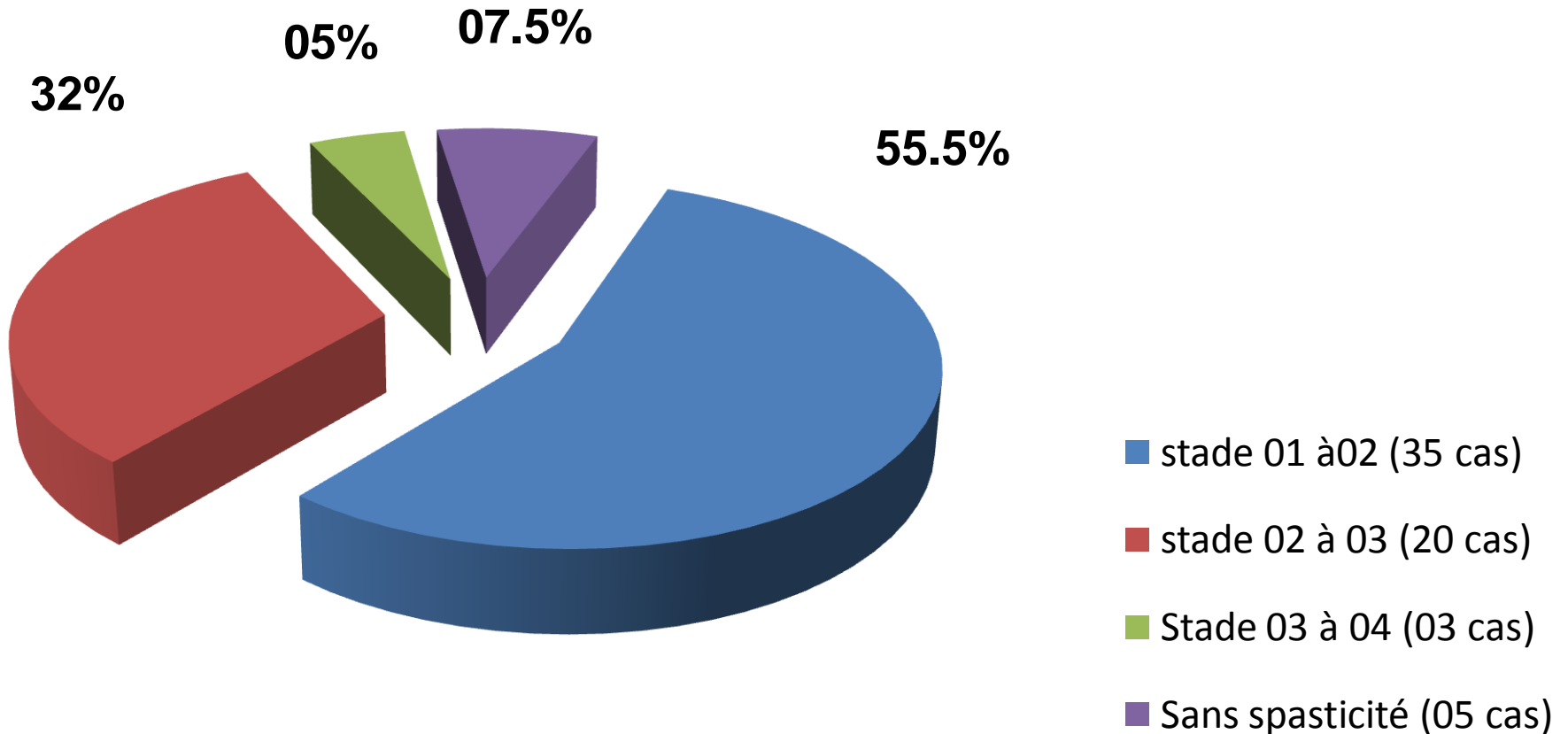
Répartition selon les groupes musculaires spastiques

Membre inférieur



Répartition de la spasticité selon la cotation d'Ashworth modifiée

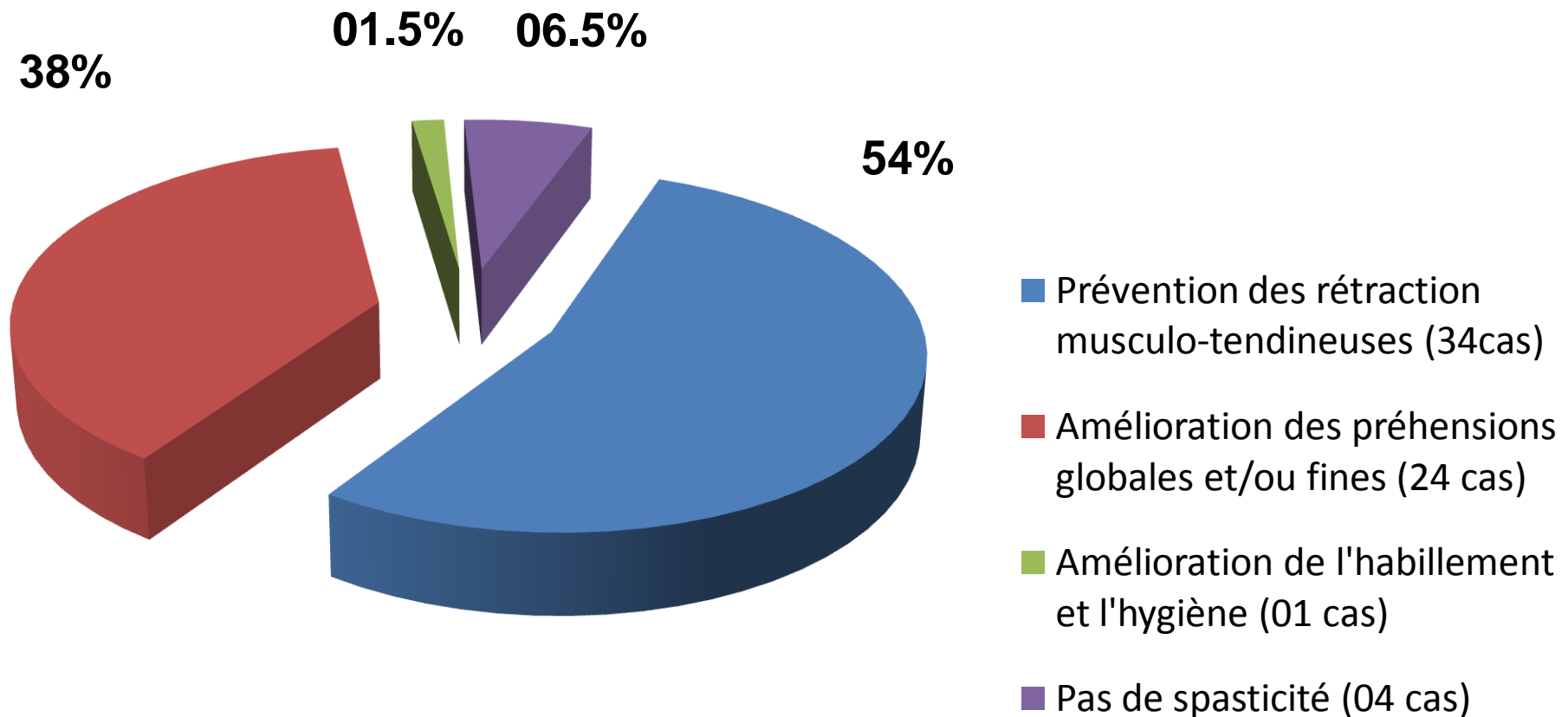
Membre inférieur



*RÉPARTITION SELON
L'OBJECTIF DU
TRAITEMENT DE LA
SPASTICITÉ*

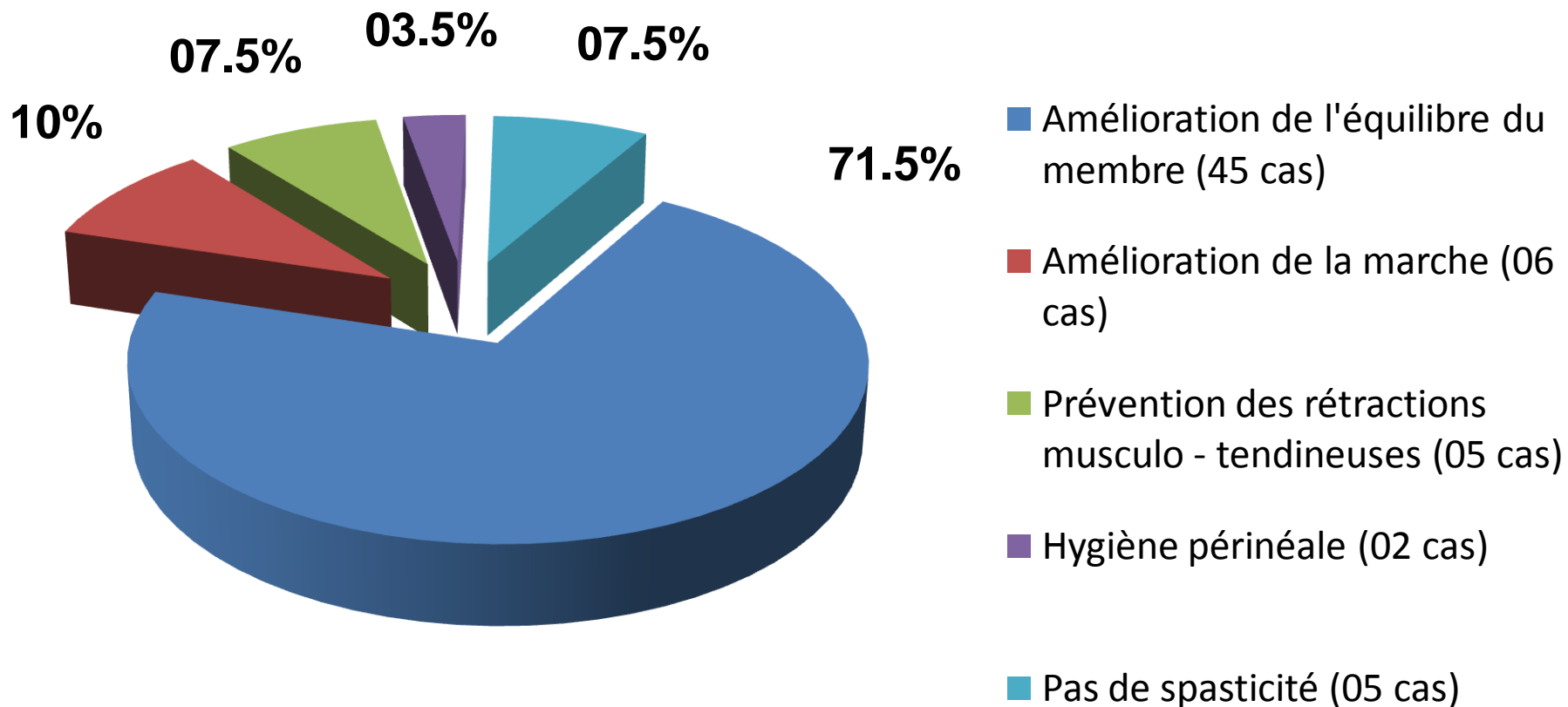
Répartition selon l'objectif du traitement de la spasticité

Au membre supérieur



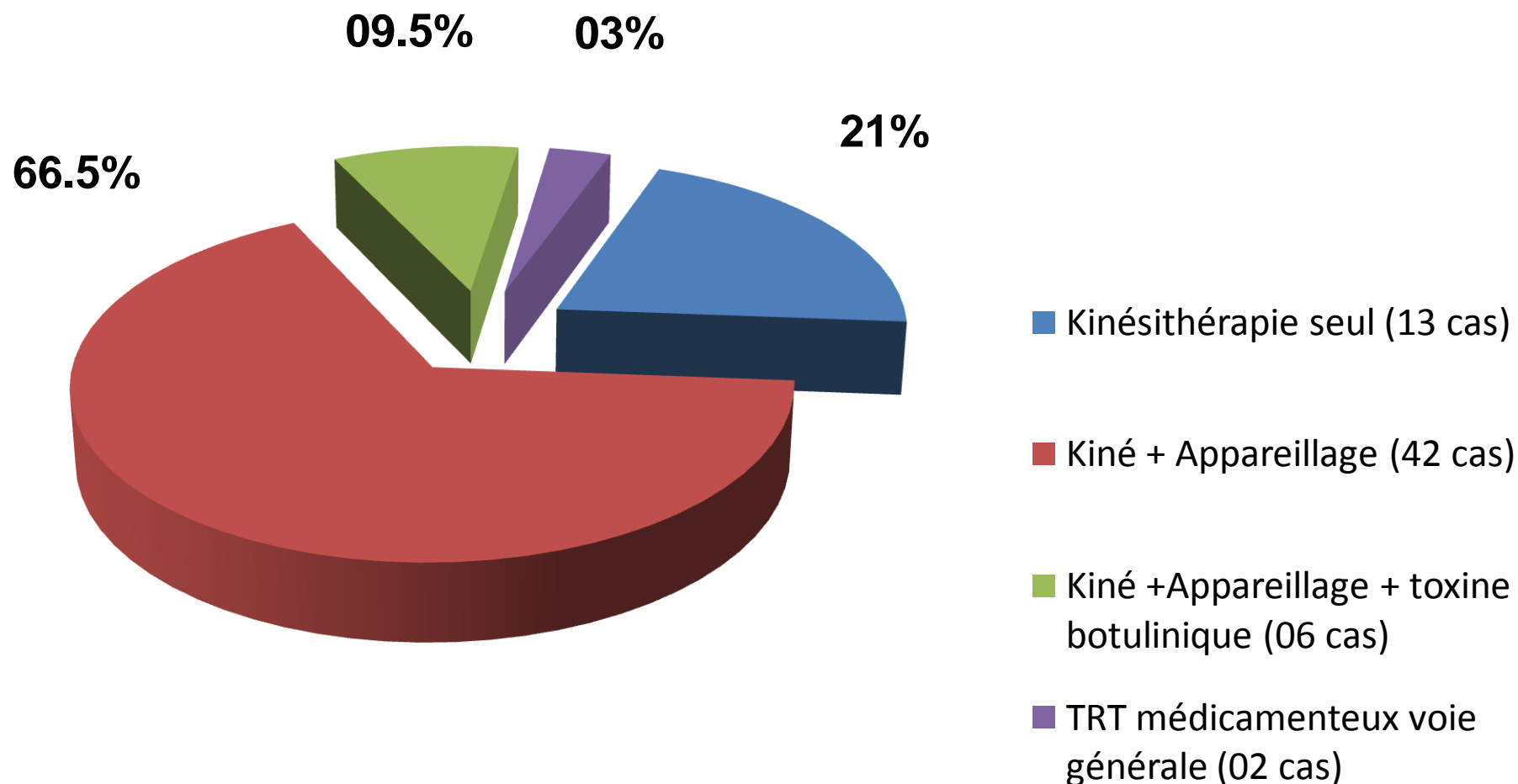
Répartition selon l'objectif du traitement de la spasticité

Au membre inférieur



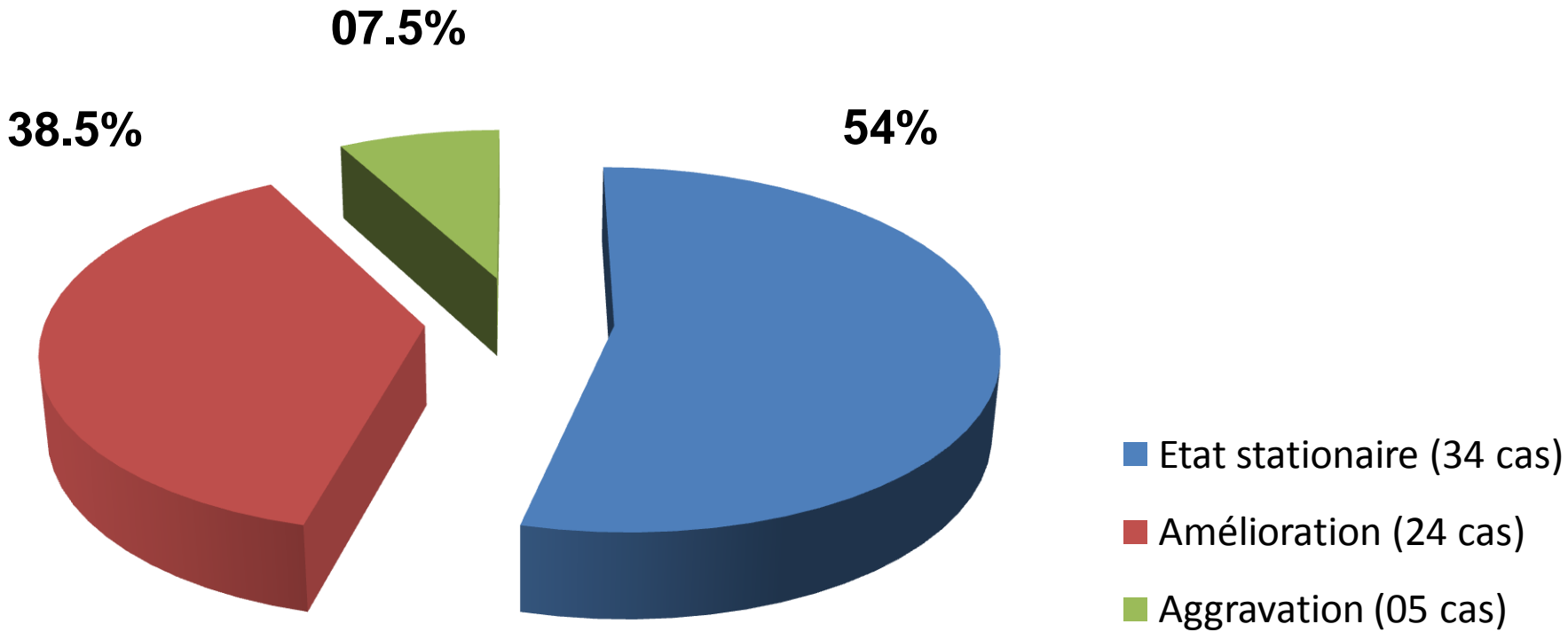
*RÉPARTITION SELON
LE TRAITEMENT
REÇU*

Répartition selon le traitement reçu

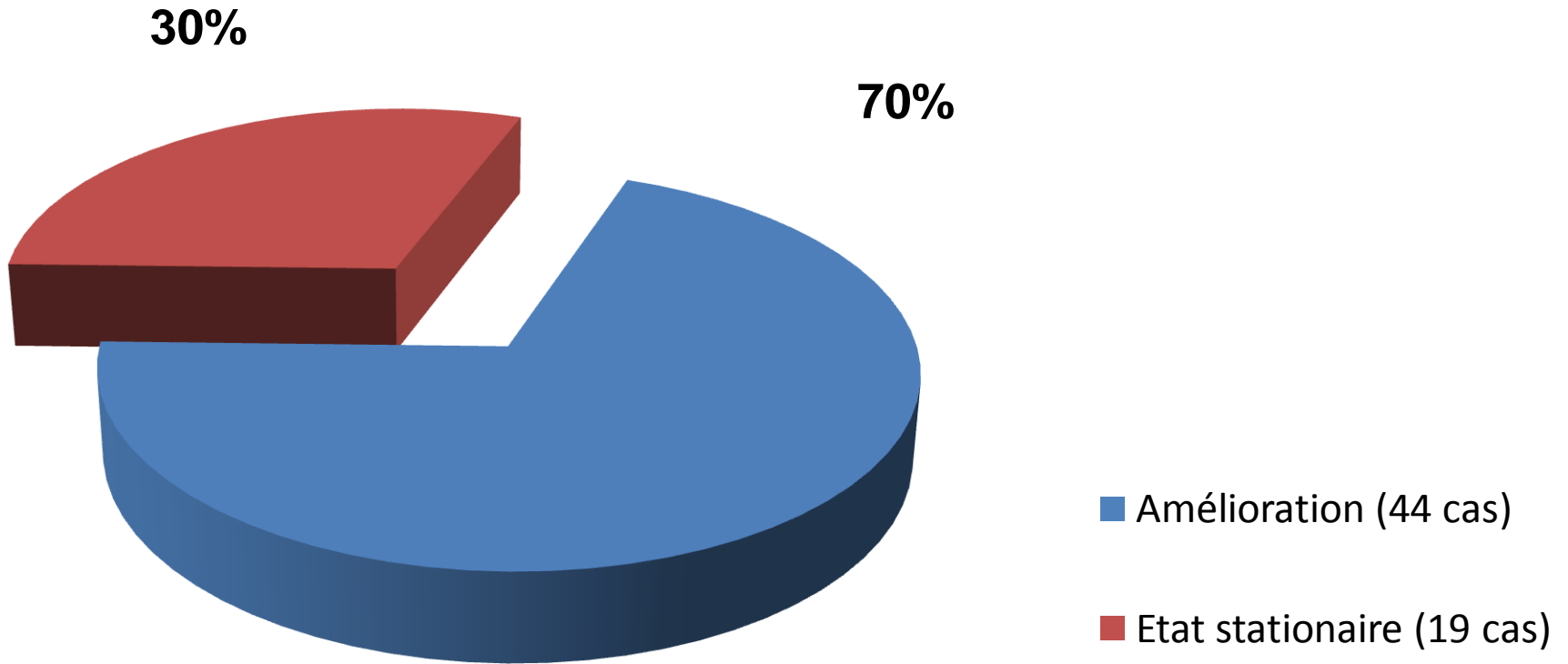


*RÉPARTITION SELON
L'ÉVALUATION DES
RÉSULTATS DU TRAITEMENT
DE LA SPASTICITÉ*

Répartition selon l'évolution de la cotation de la spasticité



Répartition selon l'état fonctionnel



DISCUSSION

- **Dans notre série on a noté que 86% des cas ont présenté une spasticité sur les 02 membres (supérieur et inférieur).**
- **92% des cas avaient une attitude spontanée de l'hémiplégique au membre supérieur; ce qui concorde avec la littérature.**
- **05 cas avaient une spasticité siégeant sur le muscle Triceps brachial. ce qui n'est pas fréquent chez l'hémiplégique selon la littérature.**

- **70% des cas avait une attitude du membre inférieur en extension avec équin du pied, qui est l'attitude la plus fréquemment décrite dans la littérature.**
- **Dans 09.5% des cas on a noté un membre inférieur en flexion, attitude non fréquente chez l'hémiplégique (hémiplégie négligée).**

- **73% des cas ont présenté une spasticité sur les fléchisseurs aux membre supérieur, c'est la topographie habituelle de la spasticité .**
- **Dans 19% des cas, la spasticité a concerné les fléchisseurs et le Triceps brachial avec dans 05 cas une spasticité prédominante sur le Triceps brachial (coude en extension) ce qui n'est pas fréquent selon la littérature.**

- **62% des cas ont présenté une spasticité sur les extenseurs aux membres inférieurs associée dans 11% des cas à une spasticité des adducteurs, Concordant avec les données de la littérature.**
- **Dans 24% des cas, on a noté une spasticité des ischio-jambiers associée à celle des extenseurs du membre inférieur, dont 05% avaient une spasticité des adducteurs.**

- **Dans 06.5% des cas on a note une spasticité sur les ischio-jambiers uniquement, ce qui est rare selon les données de la littérature.**

- ***La prévention des rétraction musculo-tendineuses au membre supérieur: dans 54% (34 cas)***

- ✓ **Commande absente ou insuffisante.**

- ✓ **Amélioration de la cotation de la spasticité dans 33.5% (11 cas).**

- ✓ **Stagnation de la cotation 28.5% (18 cas).**

- ✓ **Aggravation dans 12% (04 cas).**

- **L'amélioration de la préhension globale et/ou fine était l'objectif visé dans 38% (24cas):**
 - ✓ **Bonne commande au membre supérieur.**
 - ✓ **Amélioration de la cotation de la spasticité dans 09 cas (26.5%) avec un membre supérieur fonctionnel dans tous les cas.**
 - ✓ **Même cotation dans 14 cas (41%) avec un membre supérieur fonctionnel dans 05 cas (14.5%).**
 - ✓ **Aggravation de la cotation dans 01 cas.**

- **Diminuer la gêne à l'habillement et l'hygiène était l'objectif qu'on a visé dans un seul cas:**

- ✓ **Sans commande au membre supérieur.**

- ✓ **Stagnation de la cotation de la spasticité.**

- ✓ **Membre non fonctionnel.**

- **Pour le membre inférieur on a sélectionné 45 cas (71.5%) pour lesquels on a visé l'amélioration de l'équilibre du membre:**

- ✓ **Commande présente.**

- ✓ **Réduire un varus équin spastique dans 39 cas (87%).**

- ✓ **Amélioration de la cotation de la spasticité dans 16 cas (35.5%) avec un membre inférieur fonctionnel.**

- ✓ **Stagnation de la cotation dans 24 cas (53.5%) avec un membre fonctionnel dans 16 cas (35.5%).**
- ✓ **Aggravation de la cotation dans 05 cas (11%) dont un seul avait un membre fonctionnel.**

- ***Amélioration de la marche dans 06 cas (10%):***
 - ✓ **Bonne commande au membre inférieur.**
 - ✓ **Équin actif.**
- ✓ **Amélioration de la cotation dans 05 cas (83.5%) avec amélioration de la marche.**
- ✓ **Stagnation de la cotation avec état stationnaire sur le plan fonctionnel dans un seul cas.**

- ***La prévention des rétractions musculo – tendineuses dans 05 cas (07.5%):***

- ✓ **Stagnation de la cotation dans tous les cas.**

- ✓ **Amélioration sur le plan fonctionnel dans un seul cas.**

- ***Diminuer la gêne lors de l'hygiène périnéale dans 02 cas:***
 - ✓ ***Une aggravation de la spasticité dans 01 cas .***
 - ✓ ***Un état stationnaire dans le 2^{ème} cas.***

CONCLUSION

- *La prise en charge de l'hypertonie spastique chez l'hémiplégie vasculaire cérébral nécessite l'utilisation de tous les moyens disponibles avec une bonne évaluation des objectifs possibles et réalisables.*
- *La kinésithérapie représente le traitement de base de l'hypertonie spastique, l'immobilisation dans des attelles de posture est parfois utile.*
- *Il serait plus intéressant une utilisation plus large du traitement local par la toxine botulinique qui est indiqué en première intention dans ces cas et qui a montré son efficacité chez les patients qui en ont bénéficié au niveau de notre service.*

BIBLIOGRAPHIE

- *A Yelnick, O Simon, D Bensmail, E Chaleat - Valayer, P Decq. Traitement médicamenteux de la spasticité. Recommandation de bonne pratique. Afssaps - Juin 2009.*
- *A Morand. Le patient hémiparalysé. Pratique de la rééducation neurologique. Elsevier Masson 2010.*
- *C Chauvière. La spasticité mécanisme et traitements masso - kinésithérapiques. Kinésithérapie les cahiers N=° 2-3 février - mars 2002/ P. 66-71.*
- *Jc Daviet, Pj Dudognon, Jy Salle, M Munoz, Jp Lissandre, J Robeyrotte et Mi Borie. Rééducation des accidents vasculaires cérébraux bilan et prise en charge, Encyclopédie médico - chirurgicale (Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Kinésithérapie - Médecine physique - Réadaptation 26-455-A-10, 2002, 24P.*

BIBLIOGRAPHIE

- *H Hosseini. Accidents vasculaire cérébraux. Neurologie Réanimation - Urgences 1-9-133.2005. Laréférencehippocrate.com.*
- *H Hosseini. Hémiplégie syndrome pyramidal. Neurologie HP -16. 2005. Laconférencehippocrate.com.*
- *H Hosseini. Hémorragie méningée. Neurologie Réanimation - Urgence II-244. Laconférencehippocrate.com.*
- *L Mailhanl, S Cantalloube et I Monteil. Hémiplésies. Encyclopédie médico - chirurgicale (Editions scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Neurologie 17-004-A-10, 2003,15P.*

*MERCI POUR VOTRE
ATTENTION*