

Qu'attendre de la rééducation du sujet âgé?



Hôpitaux de Lyon

Etats généraux des AVC – RESUVAL
Sixième Edition
Jeudi 24 Octobre 2013

Dr. Yves GUILHERMET – Pr. Pierre KROLAK-SALMON –
Dr. Larbi DJENKAL - Laurence VALDELIEVRE

Unité Post AVC de la Personne Agée (UNV-PA)
Hôpital des Charpennes – GHG – CHU de Lyon



« Toute personne victime d'un accident vasculaire cérébral doit bénéficier de rééducation spécialisée, quel que soit son âge »

(Alain Yelnik, Psychol Neuropsychiatr Vieil 2005; 3(3): 157-162)

Introduction

- Objectif:
 - Récupération de l'autonomie antérieure
 - Récupération de la meilleure fonction possible+++
 - Prévention de certaines complications
- Tenir compte de certains facteurs:
 - Etat physiologique et psychique antérieur
 - Antécédents pathologiques et notamment neurologiques
 - La sévérité intrinsèque de l'AVC

1. LE CONTEXTE NEUROGÉRIATRIQUE

- ▶ Démarche médicale traditionnelle centrée sur la maladie :
 - Insuffisante
 - Complétée par une approche :
 - Globale (médicale, fonctionnelle, psychologique et environnementale)
 - Ecologique et standardisée

- ▶ Deux temps : Evaluation multicritères et intervention

- ▶ Objectifs principaux :
 - Maintien de l'autonomie et indépendance
 - Qualité de vie et satisfaction patient et entourage

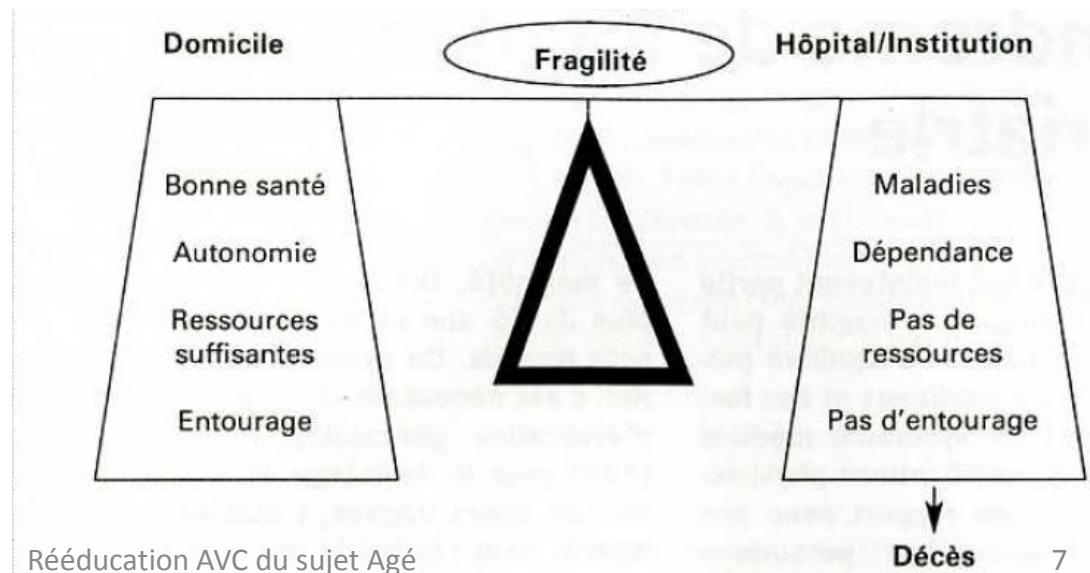
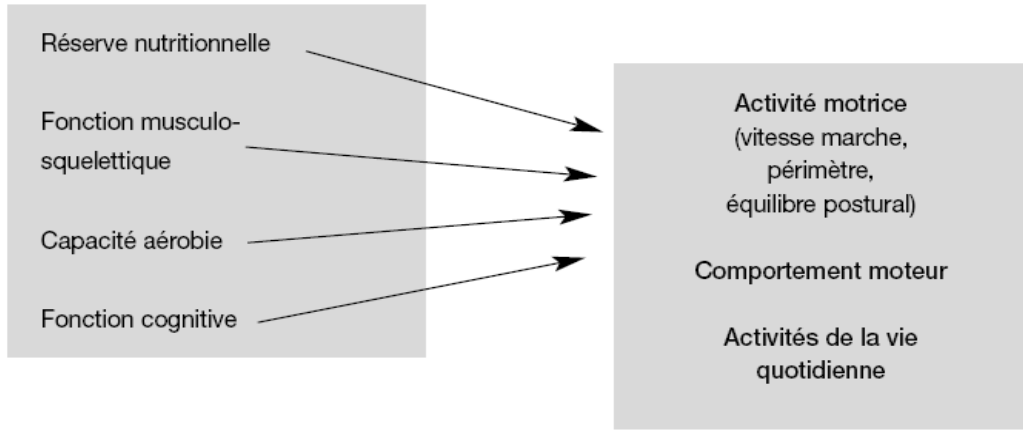
- ▶ Thérapeutique : « Aller au-delà du concept de la guérison »

Quelle approche ?

<u>Spécialiste</u>		<u>Gériatre</u>
Mono	Pathologie	Poly
Centrée sur l'organe	Prise en charge	Globale
Déficiences	Triade de Wood	Incapacité et handicap
Durée	Vie	Qualité
Rapidité	Logique	« Lenteur »
Durée (Pronostic Vital)	Vie	Qualité (Fonction)

Fragilité

Impact du vieillissement et des facteurs associés à la fragilité sur l'activité motrice et ses conséquences directes et mesurables chez le sujet âgé



Triade de WOOD

	Déficit	Incapacité	Handicap
Niveau d'atteinte	Organe	↓ Fonction : – Motricité : Dépendance – Cognition : Autonomie	Interaction Individu / environnement
Approches	Médicale	Paramédicale	Familiale/Sociale
Objectifs	Améliorer la qualité de la prise en charge (personne âgée ... mais aussi des professionnels de santé)		
Mode d'action possible	Fonctionnement en FILIERE (Articulations des compétences et des moyens)		

2. CONSÉQUENCES DE L'AVC CHEZ LE SUJET AGÉ

- La progression se fait plus lentement que chez le sujet jeune (co-morbidité et état psycho – intellectuel) :
 - 25% de progrès fonctionnel à 1 an
 - 50% de stagnation à 1 an
 - 25% de régression à 1 an
- Persistance de troubles de déglutition dans 20% des cas

- La proportion d'hémiplégiques âgés qui regagnent leur domicile est nettement au dessous de la moyenne (tout âge confondu) :
 - 55% de retour à domicile
 - 25% d'entrée en institution

J.C.Daviet, C.Verdier-Kessler et col. / *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* 49(2006)49-56
Palmcrantz Susanne et al, *Journal of the Neurological Sciences* 321 (2012) 29-34

- Le risque de chute est grand :
 - 30 à 40% des hémiplégiques dans une unité de réadaptation gériatrique
 - Dans 20% des cas il y a fracture

Visentin,Foucaul, Meklat / *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* 48 (2005)539-542
D.Pérennou et al / *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* 48 (2005) 138-145

◎ Mortalité :

- 35% à 1 an
- 55% à 5 ans
- La cause du décès est souvent neurologique (50% des cas)
- Dans 10 à 15% des cas c'est une pathologie cardio – vasculaire

◎ La comorbidité :

- Cardio – vasculaire
- Psychiatrique
- Ostéo-articulaire
- Métabolique

- ⊙ La reprise de la marche s'effectue jusqu'à 80%, dont la moitié nécessitant une aide
- ⊙ Environ 25% possèdent un fauteuil roulant et 7% s'en servent par intermittence
- ⊙ A un an le maintien de la marche est obtenu et seulement 8% régressent
- ⊙ Les taux de récupération de la préhension varient de 28 à 57%

Margaret A, Roos, *Physical Therapy*, 2012 Vol 92(9): 1141-1147

Inger bJohansen, MD et al, *J Rehabil Med*; 2011; 43: 461-464

Anna Karin Welmer et al; *Physical Therapy* 2007; 87: 1633-1641

E, Auriel et al; *Clinical Neurology and Neurosurgery* 113 (2011) 654-657

- Aphasie :
 - Fixée au 4° mois
 - A un an, la rééducation orthophonique permet d'obtenir le maximum des possibilités
 - Dans certains cas des progrès peuvent être obtenus au-delà d'un an
- Schématiquement :
 - 25% récupèrent de façon satisfaisante
 - 50% gardent des séquelles compatibles avec une communication
 - 25% gardent des gros troubles très handicapant
 - Problème de l'hémi négligence et des troubles cognitifs

- Hémiplégie, aphasie, et coma initial (+12%)
- Crise convulsive inaugurale (+7%)

Epilepsy and Stroke, C. Lamy, Revue Neurologique 164 (2008) 841-845

- Epilepsie tardive (+ 25%) :
 - Très souvent motrice
 - Partielle
 - Affectant l'hémicorps paralysé
 - Phénomène de Todd post critique

- Troubles moteurs, associés ou non à des troubles du tonus
- Des troubles sensitifs très fréquents et largement sous estimés
- Des troubles de visions
- Des troubles praxiques :
 - Des troubles gnosiques (agnosie sensitive et visuelle)
 - Des troubles du langage
- Des syndromes dépressifs (sous estimés)

Post-Stroke Depression G.L Lenzi, M. Altieri, I. Maestrini Revue Neurologique 164 (2008) 837-840

3. RÉÉDUCATION: DANS QUELLE TYPE D'UNITÉ?

Evolution des SSR

- Importance de la fluidité de la filière
- Nouvelle organisation des SSR en fonction des affections prises en charge (Circulaire DHOS/DGS/DGAS n°108 du 22 Mars 2007)
- Initialement segmentation « verticale » selon trois catégories :
 - Rééducation / Réadaptation
 - Soins de Suite
 - Maison de Repos
- Maintenant gradation « horizontale » (Mode polyvalent/Recours) : SSR Neurologiques

(Volet AVC du SROS 3, Circulaire DHOS/DGS/DGAS n°2003-5176 Novembre 2003)

Unité MPR	Unité SSR
- Orientation neurologique	- Orientation médicale ou gériatrique
- Chef de Service Rééducateur	- Chef de Service médecin
- Minimum 10 lits	- Pas de minimum
- PEC pluridisciplinaire	- PEC surtout médicale
- Surveillance médicale	
- Au moins 2 heures de rééducation intensive par jour	- Pas de temps de rééducation imposé
- Suivi en consultation après hospitalisation	- Pas de suivi systématisé

Les UNV ne peuvent admettre toutes les personnes âgées (moyenne d'âge entre 60 et 70 ans)

Les soins à la phase aigue et la rééducation doivent être très précoces

Personnes âgées → Prise en charge spécialisée et pluridisciplinaire

Répondre à un enjeu de santé publique au sein du CHU

Les UNV sont efficaces

- . Décès ou dépendance (OR : 0,82 [IC 95 % : 0,73 – 0,92] ; p = 0,001)
- . Bénéfice à 10 ans quel que soit l'âge!

Ischémie ou hémorragie

La PEC spécialisée à la phase aigue et en SSR est efficace

- . Notion d'unité globale DMS 8-75 jours

Le délai de prise en charge dans des unités spécialisées est fondamental, dans un premier temps de SCD (UNV ou Gériatriques)

Stroke Unit Trialists' Collaboration. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007

Seenan et al., Stroke 2007

Décret relatif aux conditions de fonctionnement applicables à l'activité de SSR du 06.09.2007

Pourquoi une « UNV gériatrique »?

→ *Adapter le système de soins à la prise en charge spécifique des patients âgés ayant présenté un AVC*

→ *Améliorer la filière entre les services d'urgence, de Neurologie et les services de Gériatrie*

→ *Démontrer, que l'AVC chez le sujet âgé n'est pas synonyme de Soins Palliatifs ou de Soins de Longue Durée*

→ *Une véritable rééducation peut être réalisée chez le sujet âgé*

UNV et Gériatrie

- Le bénéfice des UNV a été montré sur la mortalité et l'indépendance quelque soit l'âge du patient

(Kaste M, Palomaki H, Sarna S (1995) *Where and how should elderly stroke patients be treated? A randomized trial. Stroke 26 : 249-53*)

- Bénéfice pour les patients initialement indépendants
- La rééducation doit être poursuivie dans des structures différentes selon l'état du patient et de la sévérité de l'AVC
- Cette efficacité se mesure en particulier sur la mortalité, le degré d'autonomie et le pourcentage de retour au domicile
- L'efficacité de la rééducation tient autant aux techniques spécifiques qu'à l'intensité relative de la rééducation et à l'organisation pluridisciplinaire de l'équipe

4. RÉÉDUCATION: QUELS OBJECTIFS?

Objectifs de Rééducation

(A. Yalnik et al, *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2005; 3(3): 157-162)

- Stimulation de la plasticité cérébrale:
 - Faire exécuter la même fonction par d'autres neurones
 - Obtenir « in fine » le même résultat fonctionnel par des voies physiologiques différentes
- Mais surtout:
 - Récupération de la fonction par tous les moyens possibles
 - Prévention des complications propres aux conséquences de l'AVC, à l'état même d'hémiplégie
 - Entretenir le potentiel récupéré

- *Au total* (quelque soit la sévérité de l'AVC)
 - Objectif minimum: Autonomie physique intérieure complète
 - Objectif maximum: Autonomie complète y compris sociale
- *Questions:*
 - L'âge modifie-t-il les objectifs ?
 - L'âge modifie-t-il les moyens à employer pour atteindre ces objectifs?

Article original

L'âge très élevé constitue-t-il un facteur pronostique du devenir après un premier accident vasculaire cérébral ?

Is very old age a prognostic factor for outcome after a first stroke?

P. Calmels ^{a,*}, C. Defay ^b, M. Yvanes-Thomas ^{a,c}, S. Laporte ^c, I. Fayolle-Minon ^a, F. Béthoux ^d,
M.A. Blanchon ^c, R. Gonthier ^e

^a Service de médecine physique et de réadaptation, hôpital Bellevue, CHU de Saint-Étienne, 42055 Saint-Étienne cedex 02, France

^b Service d'oncopneumologie et unité de soins palliatifs, hôpital Émile-Roux, 43012 Le-Puy-en-Velay, France

^c Unité de pharmacologie clinique, hôpital Bellevue, CHU de Saint-Étienne, 42055 Saint-Étienne cedex 02, France

^d Cleveland clinic foundation, Cleveland Ohio 44195, United States

^e Service de gériatrie clinique et unité de rééducation gériatrique, hôpital de la Charité, CHU de Saint-Étienne, 42055 Saint-Étienne cedex 02, France

Reçu le 24 février 2005 ; accepté le 6 juillet 2005

Cette étude confirme que lors de la survenue d'un AVC, un âge élevé de plus de 80 ans ne constitue pas un facteur de mauvais pronostic du devenir fonctionnel. Le devenir fonctionnel reste influencé par la présence d'une détérioration intellectuelle ainsi que par l'état clinique et fonctionnel initial, comme cela a été démontré pour l'ensemble des AVC. Ces résultats contribuent à favoriser une orientation en médecine physique et de réadaptation des personnes âgées présentant un AVC, en prenant en compte avant tout leur état fonctionnel initial post-AVC.

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

**Accident vasculaire cérébral :
méthodes de rééducation
de la fonction motrice
chez l'adulte**

Méthode « Recommandations pour la pratique clinique »

RECOMMANDATIONS

Juin 2012

Rééducation AVC du sujet Agé

Inclusions

Sont incluses dans cette étude les complications immédiates et tardives de la fonction motrice consécutives à un AVC (hémiplégie hémisphérique), quels que soient l'origine (ischémique ou hémorragique), le territoire vasculaire concerné, la gravité de l'atteinte, la topographie et l'expression des troubles moteurs et le stade d'évolution.

Sont notamment inclus dans la présente étude :

- les motricités réflexe, automatique, volontaire ;
- la personne adulte et de grand âge ;
- toutes les étapes d'évolution de l'AVC ;
- toutes les situations (urgence, court séjour, SSR, ESMS, domicile, etc.) ;
- l'impact des troubles neuropsychologiques sur la fonction motrice ;
- les méthodes d'évaluation de la fonction motrice ;
- les méthodes de traitement de la rééducation motrice :
 - ▶ posologie (durée, intensité, fréquence),
 - ▶ modalités (continue, groupe, etc.),
 - ▶ critères d'arrêt, indicateurs.

LA REEDUCATION DE LA FONCTION MOTRICE REQUIERT INTENSITE ET CONTINUITE

Précocité

AE	<ul style="list-style-type: none">• Il est recommandé de débiter la rééducation motrice dès que possible.• À la phase aiguë de l'AVC, chez le patient ne présentant pas d'activité motrice, il est recommandé de stimuler la fonction sensitive.
B	<ul style="list-style-type: none">• La rééducation fonctionnelle de la marche est recommandée dès que possible, et doit être poursuivie tout au long de l'évolution de l'AVC pour améliorer l'indépendance dans les déplacements.

Intensité

B	<ul style="list-style-type: none">• À la phase chronique, le temps d'exercices a un impact favorable sur les performances de la marche.
AE	<ul style="list-style-type: none">• Il est recommandé d'inclure l'effet temps comme une composante importante de la récupération motrice.

Continuité

C	<ul style="list-style-type: none">• La rééducation manuelle individuelle est recommandée à tous les stades de la prise en charge.
AE	<ul style="list-style-type: none">• À chaque transfert, changement d'unité de prise en charge du patient, ou lors du retour à domicile, les objectifs poursuivis, les résultats des diverses évaluations et actions réalisées, les éventuels problèmes rencontrés sont transmis aux professionnels qui poursuivront la rééducation.