

Pratiques professionnelles et Recommandations

Orientation des patients atteints d' AVC

Conférence d'Experts avec Audition Publique

Mulhouse le 22 octobre 2008

Promoteurs : la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (Sofmer), la Société Française de Neuro Vasculaire (SFNV) et la Société Française de Gériatrie et Gériologie (SFGG).

Synthèse



L'objectif est de définir le plus précocement possible des critères pertinents d'orientation des patients atteints d'AVC à partir des Unités Neuro-Vasculaires (UNV) ou structures de soin aiguë, afin de faciliter le retour au domicile (ou équivalent de domicile) ou la poursuite de la prise en charge dans les structures de soin les plus adaptées.

Dès la phase initiale, 3 **outils cliniques** sont utiles car robustes et reproductibles :

- Le score NIHSS apparaît comme le meilleur outil clinique d'évaluation et est l'échelle de référence à utiliser durant la phase aiguë des AVC car prédictif du pronostic vital et du devenir fonctionnel à moyen terme.
- Le score de Glasgow est un outil d'évaluation initial utile comme facteur prédictif de l'évolution à moyen terme de la vigilance, essentiellement en cas d'hémorragie cérébrale ou d'Infarctus Cérébral sévère.
- L'index de Barthel (côté sur 100), réalisé dans les 7 premiers jours, et sa progression au cours des 2 premières semaines représentent un facteur prédictif du devenir fonctionnel des patients AVC.

Les valeurs de ces indices doivent tenir compte de **marqueurs de stabilité clinique** à la phase initiale qui ont également leur valeur pronostique :

- La relation entre la *pression artérielle* (PA) et le pronostic des patients AVC suivrait une courbe en U avec une influence péjorative des valeurs extrêmes de PA.
- Une *hyperthermie* ainsi qu'une *hypoxie* constituent des facteurs prédictifs précoces de mauvais pronostic fonctionnel et vital.
- La présence (et la persistance) d'une incontinence urinaire et/ou de troubles de la déglutition représente un important facteur prédictif de mauvais pronostic fonctionnel et de surmortalité à moyen terme.

Les examens complémentaires permettent d'approcher précocement l'état anatomique, métabolique et physiologique du parenchyme cérébral lésé, alors que déjà s'amorcent les processus de réparation et de plasticité. Phénomène multifactoriel d'une grande complexité, pouvant à chaque instant être remis en cause, le processus de réparation ne peut être prédit avec certitude en l'état de nos connaissances par ces seules explorations. Deux paramètres semblent déterminants dans l'utilisation de l'**imagerie** à visée pronostique dans le cadre d'un AVC : l'exploration du parenchyme cérébral en IRM et l'exploration de la perméabilité vasculaire en imagerie de perfusion. Actuellement la place de l'imagerie fonctionnelle et moléculaire semble limitée. Parmi les explorations neurophysiologiques, seuls les **potentiels évoqués moteurs** (PEM) représentent une technique simple, non invasive et peu coûteuse pouvant apporter une valeur pronostique additionnelle. L'hyperglycémie a un effet délétère sur le pronostic vital et fonctionnel. L'utilité des biomarqueurs n'est actuellement pas validée.

D'autres facteurs cliniques influencent le pronostic. L'**âge** est un facteur aggravant le pronostic vital des AVC, mais qui ne peut pas être considéré comme un facteur de pronostic fonctionnel indépendant du fait des polymorbidités associées à l'âge. Le diabète, les cardiopathies ischémiques et la fibrillation auriculaire sont des **comorbidités** aggravant le pronostic vital et fonctionnel des AVC.

Les **troubles cognitifs non démentiels** ont une influence péjorative sur le pronostic fonctionnel et en particulier les troubles phasiques avec troubles de la compréhension, l'héminégligence. Les syndromes démentiels post AVC ont un rôle très défavorable. Cependant les troubles cognitifs, s'ils retardent l'acquisition des gains d'autonomie, ne sont

pas un obstacle à la prise en charge en rééducation. La dépression n'influence pas le résultat de la rééducation.

L'entourage familial est un facteur essentiel conditionnant le mode de sortie et la durée d'hospitalisation. Un support familial important, efficace et organisé, améliore ainsi le statut fonctionnel. Les facteurs favorisant le retour à domicile sont la présence d'un aidant naturel à domicile, un niveau de handicap modeste, le sexe masculin ; le niveau social et le statut socio-économique jouent un rôle : faibles ils sont non seulement facteurs de risque d'AVC, de mortalité post AVC, mais aussi d'institutionnalisation.

Pour le **bon fonctionnement de la filière de soins**, l'orientation doit respecter deux impératifs:

- Impératif individuel : *meilleure adéquation possible entre les besoins et possibilités des patients et les prestations des services de suite, sans perte de chance pour les patients.*
- Impératif organisationnel : *précocité de l'orientation et meilleur délai possible de transfert afin d'assurer la fluidité de la filière et de faire bénéficier le plus grand nombre de patients d'une prise en charge par une structure dédiée, notamment à la phase aiguë de l'AVC.*

Seront orientés préférentiellement :

1. vers une structure intermédiaire de post réanimation puis une **structure de rééducation et réadaptation spécialisée pour cérébrolésés**, - les déficit sévères (NIHSS supérieur à 16), lorsqu'ils sont conscients, sevrés de la ventilation artificielle sans ou avec trachéotomie, - les AVC cérébraux malins après hémicrâniectomie décompressive, - les AVC par occlusion du tronc basilaire après recanalisation par thrombolyse.
2. vers le **SSR spécialisé en affections neurologiques** les hémipariés de gravité intermédiaire (NIHSS entre 5 et 15 et Barthel Index ≥ 20) avec un début d'amélioration dans les 7 premiers jours, et les hémipariés plus graves chez des sujets plus jeunes dans la mesure où il n'y a pas à proximité de structure de rééducation et réadaptation spécialisée pour cérébrolésés.
3. vers **les SSR non spécialisés ou spécialisés en affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance** les hémipariés graves sans signe de récupération dans les 7 premiers jours avec présence de signes de mauvais pronostic (Barthel Index < 20 , persistance d'une incontinence, multiplicité et complexité des déficiences) et qui n'ont pas besoin d'un programme de rééducation multidisciplinaire coordonné ou ne sont pas en mesure de participer à au moins 3 heures de rééducation par jour à brève échéance.
4. vers **un établissement pour personne âgée dépendante (EHPAD)** les patients d'âge avancé, surtout au delà de 80 ans, avec isolement social, dont l'AVC est sévère (déficit moteur et cognitif, troubles de la déglutition et incontinence).

Hors le cas des AVC mineurs évoluant spontanément vers la récupération, le **retour précoce au domicile du patient déficitaire** est fondé sur trois critères : la persistance d'une incapacité compatible avec la vie au domicile et la nécessité d'une prise en charge en rééducation, la faisabilité (résidence du patient dans la même zone géographique que l'hôpital) et la sécurité, c'est à dire la stabilité au plan médical.

Ce mode de retour, plus fréquent dans l'Europe du nord qu'en France, est significativement associé à une meilleure évolution à moyen terme, que ce soit en terme de décès, d'autonomie

ou de satisfaction. L'impact positif d'une sortie précoce est plus important chez les patients modérément dépendants (indice de Barthel initial > 45).

Deux éléments conditionnent la réussite de ce retour au domicile

- une *visite du domicile* réalisée avant la sortie ;
- une *équipe multidisciplinaire* (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, médecin, infirmière et assistante sociale) prenant en charge les patients à leur sortie et assurant des soins adaptés dès le jour de la sortie, pendant environ 3 mois et à une fréquence de 4 fois par semaine au minimum.

Le modèle de l'ESD (« Early Supported Discharge ») développé dans les pays anglo-saxons qui accompagne et conditionne ce retour ne correspond pas tout à fait à l'HAD tel que notre système de santé l'entend, mais mérite d'être développé.

A défaut d'intervention multidisciplinaire, l'intervention précoce mais durable (5 mois) au domicile d'un ergothérapeute réduit le handicap du patient avec retour précoce au domicile (moins d'1 mois après l'AVC).

Le ***maintien au domicile*** passent d'abord par *l'identification des besoins, des patients comme des aidants*, et leur actualisation ; là encore l'équipe multidisciplinaire joue un rôle pour maintenir voire accroître l'autonomie du patient, améliorer sa qualité de vie et celle de son entourage, tout en assurant une sécurité optimale au domicile. Cela passe par l'éducation du patient et des aidants, comme par l'intervention au domicile.

Les causes de l'échec de ce maintien peuvent être dues à une aggravation de l'état du patient (affection intercurrente, perte d'autonomie), à des facteurs imprévisibles (perte du conjoint) mais aussi à l'épuisement de l'entourage.

L'intervention d'une *équipe multidisciplinaire au domicile* à distance de la l'AVC, lorsque s'installe régression de l'autonomie, désintérêt, contribue à réduire le taux de détérioration dans les activités de la vie quotidienne et à augmenter les capacités du patient à faire des activités personnelles. Elle consiste en des visites répétées dans les 3 mois suivants la sortie. Les soignants et au delà les aidants ont besoin d'informations sur les techniques de transfert, l'adaptation et l'utilisation des aides techniques, la prévention des chutes et le développement de stratégies de sécurité à domicile, l'amélioration des difficultés de communication, l'adaptation aux perturbations visuelles et aux changement émotionnels du patient. A défaut d'équipe multidisciplinaire structurée, l'ergothérapie a un effet positif sur les AVQ personnelles, instrumentales et la participation sociale ; la kinésithérapie à domicile seule ne semble pas avoir d'effet significatif sur les capacités fonctionnelles du patient.