

■ RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE DE L'HÉMIPLÉGIE ■

VASCULAIRE À BRAZZAVILLE (CONGO)

A PROPOS DE 109 CAS

BILECKOT R.* , BASSOUMBA P.* , OKONINDE R.* , ZOLA J. M.** , WASSOUMBOU S.** , MOUANGA-YIDIKA G.**

RESUME

Du 1er janvier 1989 au 30 juin 1991, 109 patients hémiplégiques vasculaires, 50 femmes et 59 hommes âgés de 33 à 82 ans avec une moyenne d'âge de 58 ans, ont bénéficié de séances de kinésithérapie au C.H.U de Brazzaville. La durée moyenne de suivi est de 12 mois. Un bilan de rééducation établi au début, en cours et en fin d'étude a permis de classer les patients en 3 niveaux d'autonomie : séquelles discrètes 51 patients, séquelles importantes 26 patients, séquelles majeures 18 patients. Quatorze décès sont imputables à la récurrence de l'accident vasculaire cérébral ou aux complications du décubitus. L'âge avancé, le retard du début de la rééducation, le manque d'assiduité aux séances de kinésithérapie, le syndrome épaule-main, le syndrome dépressif et la polygamie dans certaines conditions, exercent une influence défavorable sur les possibilités de récupérations.

Les auteurs déplorent le manque de personnel qualifié dans les divers domaines de la rééducation et réadaptation fonctionnelle et recommandent la création de services de rééducation.

Mots clés : Rééducation, hémiplégie, récupération.

Les accidents vasculaires cérébraux (A.V.C) constituent une cause majeure de décès et de handicap. Les moyens curatifs sont limités dans la plupart des cas (19). Les mesures préventives consistent à lutter contre les facteurs de risque notamment l'hypertension artérielle, à reconnaître les accidents ischémiques transitoires, les cardiopathies emboligènes... Lorsque l'accident vasculaire est constitué, le pronostic fonctionnel est souvent fortement compromis. Les séquelles sont quasi constantes et peuvent être très lourdes.

La rééducation et la réadaptation fonctionnelle interviennent alors de manière prépondérante dans la prise en charge

Services de Rhumatologie et Rééducation Fonctionnelle*, de Neurologie** C.H.U. de Brazzaville
BP.32 - Brazzaville (CONGO)

du patient. Ainsi sont soignés l'hémiplégie, l'aphasie, les troubles des fonctions supérieures. Cette thérapeutique est habituellement bien menée en pratique médicale dans les pays développés. La situation est sans doute différente en Afrique Equatoriale, où à notre connaissance il n'existe que très peu de services de rééducation. Aussi avons-nous voulu étudier les différents problèmes posés par la rééducation de l'hémiplégie à Brazzaville. Le but de ce travail est d'apprécier la récupération fonctionnelle des patients hémiplégiques et de rechercher les facteurs influençant la rééducation.

PATIENTS ET METHODE

Cette étude s'est déroulée du 1er Janvier 1989 au 30 juin 1991. Elle concerne 109 patients, cinquante-neuf hommes et cinquante femmes âgés de 33 à 82 ans. L'âge moyen est 58 ans. La durée moyenne de suivi est de 12 mois. Ont été incorporé dans l'étude :

- les patients souffrant d'une hémiplégie d'étiologie vasculaire ischémique ou hémorragique. Le diagnostic étant posé par le neurologue sur la base des examens cliniques et paracliniques usuels,
- les malades hémiplégiques vasculaires ayant bénéficié de séances de kinésithérapie dans le service de Neurologie puis en externe dans le Centre de Rééducation Fonctionnelle du C.H.U de Brazzaville. Le programme de rééducation associe la méthode orthopédique et celle de BOBATH. L'ergothérapie n'a pas été utilisée par manque de spécialiste.

Un bilan de rééducation a été établi au début, en cours et en fin d'étude. Ce bilan grâce à ses diverses composantes a permis de classer les patients en trois niveaux d'autonomie selon l'échelle d'évaluation de Dudognon (tableau I).

Tableau I : Echelle d'évaluation de l'autonomie

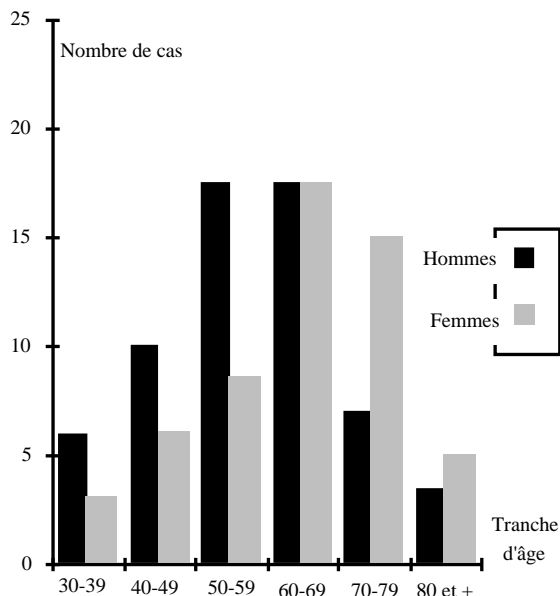
Niveau I	Séquelles discrètes Autonomie de la marche et dans les activités de la vie quotidienne. Main plus ou moins déficitaire. Reprise du travail envisageable.
Niveau II	Séquelles importantes Autonomie de marche en extérieur. Aide partielle pour les activités de la vie quotidienne. Incompatible avec la reprise du travail.
Niveau III	Séquelles majeures Dépendance totale ou presque nécessité d'une tierce personne. Marche impossible en extérieur sans aide.

Pour comparer nos résultats, nous avons effectué le test du X².

RÉSULTATS

1. Caractéristique de la population étudiée

La figure I présente la répartition des patients selon l'âge et le sexe. Il existe une prédominance masculine. L'âge moyen est de 58 ans avec des extrêmes de 33 ans et 82 ans. Notre population est composée de soixante-dix-sept mariés dont six polygames, quatorze veufs, douze divorcés et six célibataires.



Parmi les facteurs de risque, la fréquence de l'hypertension artérielle est remarquable (97 cas). Viennent ensuite dans l'ordre décroissant l'alcool (25 cas), le tabac (19 cas), l'obésité (12 cas), le diabète (8 cas), les cardiopathies (4 cas), les troubles lipidiques (2 cas).

Notre série comporte 91 cas d'A.V.C ischémique et 18 cas d'A.V.C hémorragique. Nous notons 60 atteintes sylviennes superficielles, 15 atteintes sylviennes profondes, 10 atteintes sylviennes totales et 6 atteintes cérébrales antérieures.

Le tableau II répartit les patients selon le côté dominant et le siège de l'hémiplégie. Les sujets ayant un côté dominant droit et une hémiplégie droite représentent 61,5 % des malades.

Tableau II : Répartition des malades selon le côté dominant et le siège de l'hémiplégie

Côté dominant	Siège de l'hémiplégie	Nb de cas	%
Droit	Droit	67	61,5
	Gauche	39	35,8
Gauche	Gauche	2	1,8
	Droit	1	0,9
TOTAL		109	100

La rééducation a débuté dans les 30 jours suivant l'installation de l'hémiplégie pour 56 patients. Elle a été retardée de 31 à 60 jours pour 33 malades. Il s'agit de malades provenant de l'intérieur du pays ou ayant opté au départ pour la médecine traditionnelle.

2. Récupération fonctionnelle des patients hémiplégiques

En excluant 14 décès survenus pendant la période d'étude, nos malades se répartissent ainsi selon l'échelle d'évaluation de l'autonomie :

Niveau I : séquelles discrètes 51 patients soit 53,7 % ;

Niveau II : séquelles importantes 26 patients soit 27,3 % ;

Niveau III : 18 patients soit 19 %.

Les décès sont imputables à une récurrence (8 cas) et aux complications du décubitus (6 cas) : 66 % des sujets atteints d'hémiplégie droite se retrouvent au niveau I contre 34 % des hémiplégiques gauches.

3. Facteurs influençant la rééducation

Age : 95,6 % des sujets de moins de 50 ans s'améliorent au niveau I contre 40,26 % des sujets de 50 ans.

Le pronostic fonctionnel est meilleur avant 50 ans ($x_2 = 21,49$; $P < 0,01$). Les séquelles importantes et majeures sont l'apanage des malades âgés de plus de 50 ans.

Délais du début de la rééducation : le tableau III montre le niveau d'autonomie selon le délai de la rééducation. La récupération est meilleure lorsque elle débute précocement ($X_2 = 67,01$; $P < 0,01$) et est longtemps poursuivie. Certains patients cependant n'ont pas été assidus par manque de moyens financiers pour couvrir les frais de transport et de traitement.

Tableau III : Niveau d'autonomie selon le délai du début de la rééducation

Délai du début de la rééducation	Nb de cas	Niveau d'autonomie		
		I	II	III
1 - 30 jours	49	46	2	1
31 - 60 jours	29	5	20	4
61 - 90 jours	17	0	4	13
TOTAL	95	51	26	18

Le syndrome épaule main survient chez 46,3 % des hémiplegiques, retardant la récupération du membre supérieur.

Quarante-deux pour cent des patients ont présenté à un moment donné un syndrome dépressif. Les antidépresseurs ont été rarement prescrits.

COMMENTAIRE

Le pronostic fonctionnel des A.V.C dépend du siège et de la taille de la lésion cérébrale. Il existe une corrélation entre la localisation de la lésion, la sévérité de l'atteinte motrice le degré et la rapidité de la restauration du mouvement (6, 9, 15, 16, 17, 19). Dans certains cas l'évolution spontanée aboutit à la reprise de la marche. La locomotion ainsi recouvrée est de mauvaise qualité s'il existe des troubles orthopédiques. Aussi la rééducation se justifie t-elle dans presque tous les cas. Elle vise la récupération ou la compensation des fonctions perturbées afin de restaurer une autonomie fonctionnelle. Bien menée, le bénéfice de cette thérapeutique est certain (8, 11). Dans notre série, cet

objectif est atteint dans des proportions satisfaisantes dans 53,7 % des cas et acceptable dans 27,3 % des cas. Par contre 19 % de nos patients classés au niveau III présentent des séquelles majeures limitant leur activité de vie courante.

L'âge moyen des hémiplegiques est habituellement plus élevé que celui de nos patients (1, 14). Les complications de l'hypertension artérielle surviennent précocement dans notre milieu. Elles peuvent être le mode de découverte de la maladie. Ailleurs, le traitement antihypertenseur est mal suivi faute de moyens financiers. L'hypertension artérielle qui constitue la première cause de mortalité des sujets de plus de 60 ans au Congo (13) par ses complications, doit être considérée comme un problème de santé publique. L'âge jeune est un élément de bon pronostic (2, 3, 18). Le patient jeune se réadapte plus facilement. En effet, nous avons constaté une meilleure récupération chez les patients âgés de moins de 50 ans.

Le délai d'admission en milieu de rééducation est court en règle générale et le séjour moyen d'environ 3 mois (4, 5). Les difficultés de transport des handicapés, le manque d'information sur la nécessité de la kinésithérapie, le coût du traitement retardent le début de la rééducation et réduisent l'assiduité des patients. La récupération est en conséquence moins bonne.

Le syndrome épaule main exerce une influence défavorable sur la récupération du membre supérieur (7, 12).

Sa prévention impose le port d'une attelle canadienne ou le maintien du membre supérieur à l'aide d'un foulard passé autour du cou, le coude au corps et demi fléchi. L'irritation de l'ensemble capsulo-ligamentaire est ainsi évitée. Un accoudoir large peut être aménagé sur le fauteuil roulant. Les manipulations intempestives des tradipraticiens ont favorisé cette pathologie chez certains patients. Les états anxio-dépressifs sont fréquents après une lésion hémisphérique (7).

Ils diminuent la motivation et la participation active des patients. L'encouragement du malade hémiplegique par l'équipe soignante et le soutien de la famille permettent souvent d'éviter la prescription des antidépresseurs.

La polygamie entrave la rééducation lorsque les co-épouses en rivalisant d'ardeur, prennent totalement en charge le mari. Elles inhibent en lui toute initiative pour l'apprentissage de l'habillage, du chaussage, de la locomotion et de la préhension. La prise en charge des hémiplegiques à Brazzaville souffre du manque de personnel qualifié et de l'absence de participation active des infirmiers et aides soignants dont le rôle est pourtant considérable (10).

CONCLUSION

Malgré les difficultés socio-économiques liées au sous-développement, les patients hémiplegiques vasculaires tirent un bénéfice certain de la rééducation fonctionnelle dans la majorité des cas. Le retard ou le manque d'assiduité aux séances de kinésithérapie, l'âge avancé, le syndrome épaule-main constituent des facteurs de mauvais pronostic indépendamment du siège et de la taille de la lésion céré-

brale.

Nous encourageons la formation des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes et neuro-psychologues qui forment avec le médecin rééducateur et les infirmiers l'équipe de rééducation. Nous suggérons la création des services hospitaliers de rééducation et la transformation des centres de polios en centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle en raison de la baisse de l'incidence de la poliomyélite.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BORGEL F., MEMIN B., HOMME L.M., PERRET F.
Evaluation de l'autonomie, des activités sociales et de loisir : étude comparative des profils évolutifs du score de Barthel et de l'index de Frenchay chez 46 accidents vasculaires cérébraux.
In Actualités en Rééducation fonctionnelle et réadaptation.
Masson Paris 1989, 227-231
- 2 - BRUNET P.
Accidents vasculaires ischémiques cérébraux chez l'adulte jeune.
Concours Médical 1980, 27, 207-214.
- 3 - DARTIGUES J.F., KRASSIMINE G., COMMENGE D., ORGOGOZO J.M., SALAMAN R., MAZAUX J.M.
Analyse longitudinale de la récupération de la marche après une hémiplegie par accident vasculaire cérébral.
Ann. Réadapt. Med. Phys., 1985, 27, 207-214.
- 4 - DUCARNE DE RIBAU COURT B.
Pronostic, comportement, devenir des aphasiques.
In : la rééducation sémiologique de l'aphasie.
Masson, Paris, 1986, 219-248.
- 5 - DUDOGNON P., LABROUSSE L., SALLAE J.Y., LISSANDRE J.P., MUSSOZ M., RABILLER M.
Hémiplegie de l'adulte jeune par accident vasculaire cérébral ischémique en milieu de rééducation. Devenir fonctionnel et réinsertions.
In actualité en rééducation fonctionnelle et réadaptation.
Masson, Paris, 1988, 231-242.
- 6 - DRURY I., WHISMANT J.P., GARRAWAY W.M.
Primary intercerebral haemorrhage : impact of CT on incidence.
Neurology, 1984, 34, 653-657.
- 7 - EYSETTE M., BOISSON D., SOULAS C.
Médecine de rééducation : Hémiplegie.
Flammarion, Paris, 1981.
- 8 - GIRARD R., PERRIN B., EYSETTE M.
Données statistiques sur la rééducation fonctionnelle des hémiplegiques, à propos de 500 cas.
Ann. Med. Phys., 1980, 23, 268-277.
- 9 - HARRISON M.J.G.
Clinical distinction of cerebral haemorrhage and cerebral infarction.
Post grad, 1980, 56, 629-632.
- 10 - HELD J.P., DIZIEN D.
Rééducation de l'hémiplegie.
EMC Paris kinésithérapie, 26455 A10, 4-8-9.
- 11 - JOHNSTONE M.
Le patient hémiplegique. Principe de rééducation
Masson, Paris, 1987.
- 12 - KUMAR R., METTER E.J., MEHTA A.J., CHEW T.
Shoulder pain in hemiplegia, The role of exercise.
Am J., Phys. Med. Rehabil, 1990, 69, (4), 205-208.
- 13 - NKOUA J.L., KIMBALLY KAKY C., EKOBA J., GOMBET T., MOUANGA-YIDIKA G.
Mortalité du sujet âgé. A propos de 801 décès de sujets de 60 ans et plus, survenus au C.H.U de Brazzaville.
Med. Afr. Noire, 1992, 39, (1), 6-10.
- 14 - OCONNEL P.G., GNATZ S.
Hemiplegia and amputation : Rehabilitation in the dual disability.
Arch. Phys. Med. Rehabil., 1989, 70, (6), 451-454.
- 15 - PRESCOTT R.J., GARRAWAY W.M., AKHTARA J.
Predicting Functional outcome following acute stroke using a standard clinical examination.
Stroke, 1982, 13, 641-647.
- 16 - RAPPORT DE L'O.M.S.
Recommandation pour la prévention, le diagnostic et le traitement des accidents vasculaires cérébraux.
Sem. Hop. Paris, 1990, 66, 32, 1845-1861.
- 17 - ROWE C.C., DONNAN G.A., BLADIN P.F.
Intra cerebral hemorrhage : incidence and use of computed tomography.
Br. Med. J., 1988, 297, 1177-1178.
- 18 - SALZMANN M., AIMARD G.
Les accidents vasculaires cérébraux ischémiques chez l'adulte jeune de 15 à 45 ans. Etude épidémiologique clinique et pronostic fonctionnel. A propos de 100 observations.
Lyon Med. 1979, 241, 279-286.
- 19 - SANDERCOCK P., WILLEMS H.
Le traitement médical de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu.
Lancet, 1992, 339, 537-539.