

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 16 août 2022

La neurorééducation en Gériatrie, une pratique clinique en évolution

Dr M. Silva

Il existe des notions de réhabilitation en Chine ancienne déjà, où le Kung-Fu est utilisé comme thérapie du mouvement pour soulager la douleur, ainsi qu'en Grèce au 2e siècle où les militaires blessés en reçoivent des interventions.

Puis Joseph Clément Tissot propose la "*gymnastique médicale et chirurgicale*" en 1780, qui sert d'alternative à l'alitement après une chirurgie ou une condition neurologique.

Fluence Raymond propose le concept de rééducation neuromusculaire au 19e siècle et au 20e la "*Zendar room*", avec des machines de réhabilitation, voit le jour aux USA.

Lors de la deuxième guerre mondiale, les unités de réhabilitation foisonnent dans les hôpitaux militaires.

Berta et Karel Bobath, deux physiothérapeutes, fondent une technique innovatrice de neurorééducation, avec une équipe multidisciplinaire impliquée quotidiennement.

Aujourd'hui on comprend la neurorééducation comme un processus qui implique une vision holistique du patient à travers une équipe pluridisciplinaire, pour l'aider à s'adapter.

A Genève, c'est le prof. Armin Schnider qui monte le service de neurorééducation à beau-séjour en 1998, accompagné du Prof Graf qui forme l'unité 30 à l'hôpital de Bellerive en 2008.

70% des admissions en neurorééducation sont dues à un AVC. Ceux-ci sont la 3e cause de décès à l'échelle mondiale et la cause la plus fréquente d'invalidité chez l'adulte.

Il y a un pic d'incidence à 85 ans, ce qui complique la thérapie car de nombreuses conditions liées à l'âge interfèrent: Arthrose, fatigue, dépression, déconditionnement, inappétence, trouble de l'équilibre, trouble cognitif....

Les comorbidités les plus fréquentes en neurorééducation sont l'hypertension (63%), la malnutrition (30%) et la FA (29%)....17.5% des patients ont une démence, et 13% une dépression...

Les principes

- L'âge n'est pas une raison pour suspendre ou modifier la prise en charge de l'AVC
- Les interventions sont individuelles pour être efficaces dans l'objectif de qualité de vie
- Le plan doit prendre en compte les forces et limites du patient dans toutes les dimensions: cliniques, fonctionnelles, psycho-cognitives, sociales.

Les comorbidités et les conditions liées à l'âge demandent une adaptation de l'intensité de la thérapie.

La mesure de certains tests doit également être adaptée.

Par exemple, le test des 6 minutes demande beaucoup d'effort et pourrait entraîner une décompensation cardiaque... Ou encore, en cas de syndrome post-chute, le patient résiste à certains exercices par peur de chuter à nouveau.

La fatigue peut entraîner un cercle vicieux, avec une complication qui demande des antibiotiques, qui entraînent fatigue et alitement prolongé, puis sarcopénie et dénutrition...

La participation du patient dépend de son objectif de qualité de vie individuel, et peut être inhibée par un déficit cognitif, lorsqu'il ne comprend pas le but de tous ces efforts.

La durée de séjour est longue chez les personnes âgées, car tout prend plus de temps: l'entraînement, la récupération et la mise en place des outils dans la vie quotidienne.

Le proche-aidant est aussi sujet au choc de la maladie et doit être inclus rapidement dans le processus. Il assiste aux séances, suit l'évolution et apprend à aider son proche.

Souvent, ils ne sont pas capables de prodiguer des soins ou préfèrent garder leur rôle familial. Et parfois, il n'y a pas de proche-aidant.

Différents scores adaptés sont utilisés pour évaluer l'évolution patient:

- le SPPB (short physical performance battery), utilisé en physiothérapie, mesure l'équilibre et la marche.
- la MIF, un score infirmier, mesure l'indépendance du patient dans les AVQ, et Stratify évalue le risque de chute.
- le NRS, Nutritional risk screening, a lieu dès l'entrée.
- En ergothérapie, il y a le nine hole Peg test, où il faut placer des épingles dans les trous, difficile en cas d'arthrose. Le JAMAR permet d'évaluer la force de préhension avec un dynamomètre.
- Pour la fonction cognitive, des tests de dépistage sont effectués avec MMS, MoCA....

La MIF est une échelle de 18 items, avec deux domaines principaux, cognitif et moteur...chaque item est noté de 1 à 7 avec un total entre 18 et 126. Au-dessus de 100 points, le retour à domicile est possible.

Prédire la récupération est complexe, car l'évolution après un AVC est hétérogène... 25% des patients ont besoin d'aide ou dépendent entièrement des soignants pour les AVQ.

La majeure partie de la récupération se passe dans les premières semaines, puis s'étire durant des mois voire des années, sans vraiment atteindre la fonctionnalité pré-AVC.

La connaissance des prédicteurs de récupération est essentielle pour fixer des objectifs réalisables, planifier la sortie de façon précoce, et informer le patient et ses proches.

60-80% des patients sont capables de marcher avec ou sans aide à 6 mois de l'AVC. Pour le membre supérieur c'est plus compliqué, avec 33 à 66% qui ne récupèrent pas de fonctionnalité.

Prédicteurs de l'évolution à 3-6 mois:

- Sévérité initiale de l'incapacité
- Degré de l'amélioration dans les premières semaines (→)
- NIHSS, MIF initiales

Chez la personne âgée, d'autres facteurs entrent en compte:

- Etat fonctionnel à l'admission
- Etat fonctionnel pré-morbide et comorbidités
- Troubles cognitifs: neuroplasticité et réponse à la thérapie potentiellement altérée
- Status social: Un entourage participatif est un facteur primordial du retour à domicile, et les soins à domicile sont moins souvent acceptés par la famille d'une personne âgée que d'une plus jeune...

Une étude rétrospective observationnelle est actuellement en cours à Bellerive, avec comme critères de jugement le retour à domicile et la récupération fonctionnelle. Le score de récupération est le Δ MIF > 10 points.

188 patients sont observés sur 24 mois, avec 53% de femmes et 81 ans de moyenne d'âge.

Les résultats montrent que 42% vont en EMS, 44% à domicile, 8% décèdent et 5% sont hospitalisés. 28% des patients atteignent le score de récupération.

Selon l'analyse multivariée, la probabilité du retour à domicile est :

- ↑ par une durée de séjour prolongée
- ↑ par une MIF élevée
- ↓ par les neuroleptiques
- l'âge n'a pas d'impact!

Et de la récupération fonctionnelle:

- plus le CIRS est bas, plus l'évolution est bonne
- plus la durée de séjour est longue, plus la récupération est bonne
- l'âge n'a toujours pas d'impact.

Perspective

Le consortium [SWISSneurorehab](#) propose plusieurs centres d'implémentation en collaboration avec la pharmaceutique mais surtout avec les nouvelles technologies.

Pour intégrer un patient depuis la communauté il faut faire une demande écrite (aux [IAG?](#)). Une fois l'accord de l'assurance, le patient est programmé pour l'hospitalisation. L'orateur se propose également comme contact, je suppose son mail: mauro.silva@hcuge.ch



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch