

## Incapacité, déficit et handicap après infarctus sylvien : relations et facteurs prédictifs

C Benaïm, M Rousseaux, DE Chelih

*Service de rééducation et convalescence neurologiques, hôpital Swynghedauw, CHRU, 1, place du 8 mai 1945, 59037 Lille, France*

**Mots clés :** infarctus sylvien / déficit / incapacité / handicap / pronostic

**Objectifs :** analyser les relations entre déficit, incapacité et handicap à long terme après infarctus sylvien et en rechercher les facteurs pronostiques spécifiques.

**Méthode :** nous avons recueilli chez 45 patients les données médicosociales, cliniques et radiologiques initiales, puis sur 2 ans l'évolution des déficits et incapacités par les scores de Barthel et d'Orgogozo, enfin le handicap mesuré comme la baisse relative du score social de Holbrook. La relation entre ces trois indices a été évaluée grâce à une analyse factorielle, puis une analyse multivariée a permis de déterminer pour chacune de ces trois dimensions les meilleurs facteurs prédictifs parmi les données initiales.

**Résultats :** si le score d'Orgogozo, l'indice de Barthel et la diminution relative du score de Holbrook étaient corrélés à 1 et 2 ans, ils mesuraient en fait trois dimensions bien distinctes du statut clinique. Par ailleurs, ces indices n'étaient pas liés au niveau social antérieur. En dehors de la profondeur des déficits mesurés durant le premier mois, l'évolution neurologique n'était influencée que par la lésion cérébrale (lésions volumineuses ou gauches de mauvais pronostic), alors que l'évolution fonctionnelle ne l'était que par le niveau social antérieur, enfin rien ne permettait de prévoir le handicap à 2 ans. L'âge, le sexe et les antécédents n'avaient pas d'influence sur l'évolution.

**Discussion :** aucune étude ayant évalué le pronostic après accident vasculaire cérébral ne s'est intéressée à l'évaluation séparée des déficits, incapacités et handicap. Pourtant ces trois dimensions se révèlent distinctes à long terme, tant dans la description du statut clinique que par la nature de leurs facteurs pronostiques respectifs.

**Conclusion :** le pronostic après infarctus sylvien est multidimensionnel : les déficits, incapacités et handicap doivent être envisagés séparément.

## Influence de la cognition sur la relation déficience motrice/incapacité chez l'hémiplégique vasculaire

F Béthoux, J Chae

*Service de médecine physique et de réadaptation, hôpital Bellevue, 42055 Saint-Étienne, France ; service de médecine physique et réadaptation, MetroHealth Medical Center, Cleveland, Ohio 44 109 États-Unis*

**Mots clés :** hémiplégie / déficience / incapacité / cognition / évaluation

Le but de cette pré-étude est d'évaluer l'influence de la cognition sur la relation entre la déficience motrice du membre supé-

rieur et les performances fonctionnelles, chez l'hémiplégique vasculaire en phase précoce. Elle a été motivée par le désir d'établir des critères de sélection pour l'application en phase initiale de thérapeutiques rééducatives visant à réduire la déficience motrice, comme la stimulation électrique fonctionnelle (SEF). Soixante-huit patients hospitalisés dans les suites d'un AVC récent ont été évalués à l'admission et à la sortie du service en ce qui concerne la cognition (Mini Mental Status Evaluation de Folslein = MMSE), la déficience motrice du membre supérieur (échelle de Fugl-Meyer = FM), l'incapacité dans les soins personnels (sous-échelle « soins personnels » de la MIF). Les scores obtenus au MMSE ont été comparés à des normes publiées en fonction de l'âge, et les sujets qui se situaient en dessous du 25<sup>e</sup> percentile ont été considérés comme présentant une déficience cognitive. Une analyse de corrélation entre les scores de FM-membre supérieur à l'admission et les scores de MIF soins personnels à la sortie a été effectuée (coefficient de corrélation des rangs de Spearman, seuil de significativité  $p < 0,01$ ). Une corrélation statistiquement significative a été retrouvée dans le groupe de sujets ne présentant pas de déficience cognitive (Spearman  $r = 0,6$ ;  $p = 0,0001$ ), mais pas dans le groupe de sujets présentant une déficience cognitive (Spearman  $r = 0,4$ ;  $p = 0,023$ ).

Ces résultats suggèrent la nécessité d'une prise en charge différenciée en fonction de l'atteinte cognitive, et font présager un moins bon résultat fonctionnel de la SEF lorsque la cognition est atteinte.

Cependant, il serait intéressant d'effectuer ces évaluations à plus long terme et avec d'autres échelles cognitives, qui pénalisent moins les patients présentant des troubles d'expression verbale.

## Protocole standardisé d'évaluation des troubles gestuels. Résultats chez la personne âgée et au cours de la pathologie cérébrale dégénérative et vasculaire. Conséquences sur la prise en charge rééducative

P Gras, A Vinter, B Lucas, I Rouhier-Marcet, JP Didier

*Groupe d'études et de recherche sur le handicap, CHU, 23, rue Gaffarel, 21034 Dijon, France*

**Mots clés :** apraxie / dégénérescence corticobasale

**Objectif :** le but de ce travail était de tenter de situer le niveau cognitif des troubles gestuels rencontrés dans les principales pathologies cérébrales dégénératives ou vasculaires en fonction de la localisation des lésions et de définir les axes de prise en charge pour tenter d'augmenter l'autonomie fonctionnelle.

**Méthodes :** le protocole d'évaluation comprenait une approche classique de l'apraxie mais également une évaluation systématique de l'intégrité des représentations sémantiques du geste par la réalisation d'épreuves de reconnaissance de pantomimes, d'imitation et d'association geste-image, image-geste ou geste-geste. Les résultats de ces différentes épreuves permettent de situer le niveau du trouble gestuel dans le modèle d'Ochipa et al (1992). Ce protocole a été appliqué à 30 patients (sujets âgés, pathologie dégénérative et vasculaire).

**Résultats :** l'analyse des résultats permet de supposer qu'il existe au cours des apraxies progressives une conservation de la

représentation sémantique du geste et que les désordres ne concernent que les mécanismes « périphériques » de production des gestes. Les résultats concernant la maladie d'Alzheimer sont plus hétérogènes et concordent avec le caractère multifocal du processus dégénératif. Les résultats concernant les infarctus corticaux ne permettent pas de proposer une localisation corticale précise des différentes composantes de l'activité gestuelle.

*Discussion* : nos premiers résultats incitent à concevoir le support cortical de l'activité gestuelle plutôt en terme de réseau cortical que de localisation corticale précise de manière comparable à la conception des mécanismes sous-tendant l'attention spatiale élaborée à partir du phénomène clinique d'héminégligence. L'étude détaillée de cas uniques pourrait enrichir les données actuelles.

Sur un plan pragmatique, la prise en charge rééducative de tels patients est radicalement différente.

*Conclusion* : ces résultats restent préliminaires mais ouvrent le champ d'une exploration moins théorique des troubles gestuels aboutissant d'une part à évaluer la pertinence des modèles actuels de production du geste et d'autre part à élaborer des prises en charge adaptées à chaque patient.

### Utilisation d'un carnet-mémoire en vue de l'autonomisation de patients amnésiques sévères dans un service de rééducation neurologique

F Le Thiec, F Enot, N Prime, F Houdan, S Massart, P Godet, MC Leclerc, C Jokic

*Service de rééducation neurologique, centre hospitalier, 14260 Aunay-sur-Odon, France*

**Mots clés** : amnésie / carnet-mémoire / rééducation / autonomie

Certains patients après une rupture d'anévrisme de la communicante antérieure, présentent des troubles majeurs de la mémoire à long terme, avec oubli à mesure et une désorientation temporo-spatiale. Ces perturbations mnésiques, au décours immédiat de l'accident vasculaire cérébral, se caractérisent par un déficit global affectant l'encodage, le stockage et la récupération.

Ainsi l'indicage n'apporte aucune aide et même en situation de reconnaissance les performances sont mauvaises. La rééducation ne pouvant donc pas s'appuyer sur des aides internes, nous proposons l'utilisation d'un carnet-mémoire en tant que « prothèse mnésique ». L'objectif de ce travail est de faciliter l'orientation temporelle et spatiale du patient et de le rendre autonome dans ses activités quotidiennes grâce à l'utilisation d'un carnet-mémoire.

Pour chaque patient nous avons élaboré un carnet-mémoire personnalisé en fonction de ses besoins, de ses activités et de ses habitudes antérieures. Un protocole visant à susciter et systématiser l'utilisation de ce carnet, a été mis en place et est réalisé quotidiennement par l'ensemble des intervenants.

Nous rapportons l'expérience de patients hospitalisés plusieurs semaines dans notre service, auxquels nous avons proposé un carnet-mémoire.

Il semble que les patients apprennent à utiliser de manière spontanée l'aide technique proposée et à se référer aux informations personnelles qu'elle contient. Ils acquièrent ainsi une cer-

taine autonomie au sein du service, se rendant seuls à l'heure aux séances de rééducation. Ces progrès pourraient être dus à l'intervention de la mémoire procédurale (préservée chez ces patients), car certains conservent à la fin de leur séjour des troubles de la mémoire épisodique aussi sévères qu'à l'entrée.

### Influence d'une négligence spatiale gauche par lésion postérieure sur l'approche du membre supérieur droit

C Benaïm, JL Blatt, M Rousseaux, DE Chelih

*Service de rééducation et convalescence neurologiques, hôpital Swynghedauw, CHRU, place du 8 mai 1945, 59037 Lille, France*

**Mots clés** : membre supérieur / négligence / lésion cérébrale postérieure / bradykinésie / hypokinésie

*Objectif* : analyser chez le sujet négligent, après lésion du carrefour pariéto-temporal droit, le comportement moteur du membre supérieur sain dans l'hémi-espace gauche.

*Méthode* : l'enregistrement cinématique du mouvement du membre supérieur droit a été effectué grâce au système « Vicon » chez quatre sujets sains et quatre négligents gauches (lésions postérieures), pour des tâches de prise et pointage de cible à droite ou à gauche.

*Résultats* : pour tous les sujets, la séquence gestuelle était : rotation de la tête, des épaules, anté-pulsion du bras, extension du coude. Lors des gestes gauches, deux sujets sains et deux négligents ont rapidement orienté leur tête à droite avant de la diriger vers la cible. Bradykinésie directionnelle et hypokinésie ont été observées chez tous les négligents.

*Discussion* : la séquence gestuelle proximodistale n'est pas altérée en cas de négligence spatiale par lésion cérébrale postérieure. Sachant que le repérage visuel de la main au début du mouvement améliore la précision de l'approche (Jeannerod), l'orientation initiale de la tête vers la main pourrait correspondre au comportement des « head-movers » (Galiana), les « non-head-movers » orientant leur regard vers la main sans bouger la tête. La bradykinésie directionnelle serait la conséquence d'un défaut de représentation interne de la cible située dans l'hémi-espace négligé ; une mauvaise planification de la trajectoire d'approche expliquerait à la fois brady- et hypokinésies (Mattingley, Bottini). Il est néanmoins probable que le déficit sensitivomoteur du tronc et le déficit proximal du membre supérieur « sain » aient participé à ces phénomènes par défaut d'ajustement postural.

*Conclusion* : l'héminégligence par lésion postérieure est associée à un ralentissement de l'initiation et du déroulement du geste d'approche du membre supérieur sain vers l'hémi-espace négligé, sans que la séquence gestuelle en soit affectée.

### Dépistage et prévention des thromboses veineuses profondes après hémiplégie vasculaire. Intérêt des D-Dimères

H Petit, L Le Chapelain, F Roux, P Dehail, V Guérin, G Chénet, PA Joseph, JM Mazaux, M Barat