

Lettre aux partenaires adresseurs

N°7

janvier 2011

Activités spécifiques en Médecine Physique et Réadaptation (MPR)

Ce numéro est consacré à nos activités spécifiques qui visent à contribuer à l'excellence de notre prise en charge. La spécialité de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) comprend quelques actes techniques qui sont nécessaires pour une prise en charge globale des patients et qui nous placent en référents en matière de patients neurologiques et traumatologiques.

Le dernier SROS (schéma régional d'organisation sanitaire) nous reconnaît ces compétences.

Le laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement est un outil de bilan, de suivi et de recherche indispensable pour une activité de pointe. La spasticité et son traitement nécessitent une stratégie de prise en charge incluant des actes techniques très spécialisés (toxine botulinique, pompe à Baclofène...)

La prise en charge des affections de la moelle épinière nécessite des évaluations du système vésico-sphinctérien afin de proposer une stratégie thérapeutique selon les dernières recommandations de l'HAS : c'est le rôle des explorations urodynamiques.

Toutes ces activités sont réalisées par des médecins spécialistes et formés à ces techniques.

Un plateau technique bien fourni n'a d'intérêt que s'il est au service d'un projet médical cohérent et entre des mains « expertes ».

L'ensemble de l'équipe médicale, des différents thérapeutes et soignants se joignent à moi pour souhaiter à l'ensemble de nos partenaires une excellente année 2011.

Dr André Chapuis
Médecin-chef du CRF Bretegnier

Cette année 2010 a été pour nous l'année de la **troisième certification (V2010)** que nous avons obtenue **sans observation (ni suivi, ni recommandation)**.

Marlène Lachat, kinésithérapeute

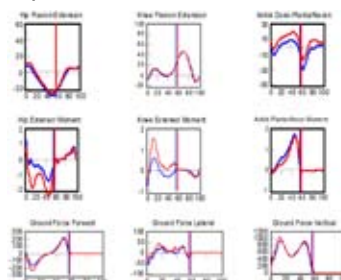
➔ Le laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement

Le laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement est un système composé de marqueurs actifs, d'une plateforme de force et d'une plateforme sensible permettant d'enregistrer des données cinématiques (trajectoire, angle...), cinétiques (forces, moments, puissances...) et les pressions plantaires au cours d'un cycle de marche.

Ces données sont précises et reproductibles, ce qui en fait un outil complémentaire à la clinique pour affiner un diagnostic, évaluer un traitement ou adapter un appareillage.

L'examen dure environ 1h30 avec le patient.

Les données sont traitées sous forme de courbes et chiffrées dans un rapport consultable par tous les thérapeutes.



Le traitement médicamenteux de la spasticité

La spasticité, symptôme neurologique, ne doit pas rester une fatalité.

En effet cette anomalie du tonus musculaire (hypertonie pyramidale) peut être source de gêne fonctionnelle, de raideur irréversible, de douleurs spontanées ou à l'étirement du muscle.

Il est vrai qu'elle peut être parfois non gênante, voire utile aussi. Une analyse précisant les groupes musculaires atteints et le retentissement sur la fonction ou la douleur permet de mieux adapter la conduite thérapeutique.

L'AFSSAPS a édité dans l'année 2009 des « recommandations de bonne pratique des traitements médicamenteux de la spasticité » (www.afssaps.santé.fr).

Il est rappelé avant toute mise en place d'un programme thérapeutique :

- qu'il faut éliminer une éventuelle épine irritative ou stimuli nociceptif (escarre, infection, lithiase, arthrose...);
- que le traitement englobe aussi : kinésithérapie, appareillage, auto-rééducation et *in fine* chirurgie.

Les injections de toxine botulinique contribuent à la diminution de la spasticité

Les traitements médicamenteux comportent :

- les traitements per os (Baclofène, Tizanidine);
- la toxine botulinique;
- le Baclofène intrathécal;
- les alcoolisations ou phénolisation des nerfs.

Des arbres décisionnels sont proposés pour les grandes pathologies pourvoyeuses de spasticité (AVC récents et anciens, enfant paralysé cérébral, sclérose en plaques, blessés médullaires).

La toxine botulinique A, utilisée dans la spasticité, est devenue un traitement de celle-ci de première intention dans l'accident vasculaire cérébral et chez l'enfant paralysé cérébral. C'est dans ces deux indications que, depuis quelques années, le Dr Sonia Sparapan-Camelot est moi-même faisons des injections de toxine botulinique (BOTOX).



La toxine botulinique agit en bloquant la libération d'acétylcholine au niveau de la plaque motrice provoquant ainsi une diminution de la spasticité. La « complication » (ou effet) principale des injections est la

réduction de la force musculaire. Les hématomes locaux (peu fréquents) peuvent également apparaître. Ceux-ci ne nécessitent en général qu'une cryothérapie locale.

À ce propos, pour les patients sous anti-vitamine K, un relais par Calciparine ou Fraxiparine, deux fois par jour est souhaitable notamment pour les muscles profonds.

Ces injections de toxine botulinique sont effectuées sous électrostimulation.

L'effet apparaît une à deux semaines après l'injection et est à son maximum à J21, se maintenant au moins 90 jours.

Le corolaire est que les injections doivent être répétées tous les trois à quatre mois.

Cela nécessite donc une consultation préalable, ce d'autant plus que les muscles injectés peuvent étonnamment varier d'une séance à l'autre. Cependant, en général, ce sont les mêmes muscles qui sont injectés.

Comme pour tout traitement, les injections de toxine botulinique nécessitent un contrat d'objectifs avec le patient et qui varie, bien sûr, d'un patient à l'autre.

Ceux-ci sont revus à J21 pour confirmer l'efficacité et l'intérêt des injections au moins lors des premières séries.

Par la suite, les patients ne sont revus qu'avant de nouvelles injections.

Concernant les alcoolisations ou phénolisation des nerfs, nous n'effectuons au CRF Bretegnier que des injections autour du nerf obturateur, provoquant une paralysie de celui-ci et donc une diminution de la spasticité des adducteurs de hanche.

L'effet est plus durable qu'avec la toxine (autour de six mois, voire plus).

Les autres nerfs ne sont pas injectés car moteurs et sensitifs avec des risques de causalgies de traitement très difficile.

En cas d'échec de cette technique (toxine botulinique, alcoolisation, pompe à Liorsesal), nous pouvons faire appel à des chirurgiens orthopédistes, en général habitués à la prise en charge des patients neurologiques.

L'effet apparaît une à deux semaines après l'injection

Le bilan urodynamique ou BUD

« L'exploration urodynamique est habituellement plus qu'un simple examen : sa prescription n'est souvent que le prétexte à une consultation spécialisée dépassant la seule détermination du mécanisme physiopathologique des troubles vésico-sphinctériens »

- Professeur Amarenco

Le BUD est particulièrement indiqué dans le diagnostic et le suivi des vessies neurologiques notamment dans les paraplégies et les scléroses en plaques. Il permet aussi de préciser le diagnostic et donc le traitement de certaines incontinences urinaires chez la femme.

Au CRF Bretegnier, nous sommes équipés d'une chaîne Medtronic Duet à trois voies de pression avec possibilité d'un EMG périnéal quantitatif. Nous utilisons les capteurs à air T-Doc pour la mesure des pressions et un débitmètre à disque.

La demande doit être faite après un examen d'un médecin spécialiste (MPR, urologue, gynécologue ou neurologue) et adressée au secrétariat du Dr Chapuis avec les coordonnées du patient.

Nous envoyons au patient les informations nécessaires sur le déroulement de l'examen (pour le consentement éclairé) ainsi que des questionnaires sur les symptômes et l'impact sur la qualité de vie.

Le patient est accueilli par **une infirmière spécialement formée à l'urodynamique** qui vérifie que l'information éclairée a bien été envoyée et comprise par le patient. Elle reprecise les différentes étapes de l'examen et répond aux questions.

L'ensemble du BUD est fait en présence du médecin.

L'examen dure en moyenne une heure ; il commence par une débitmétrie qui est complétée par une bandelette urinaire à la recherche de signes d'infection et une mesure du résidu post-mictionnel par bladder-scan.

La sonde T-Doc est introduite dans la vessie et les capteurs de pression sont positionnés au niveau vésical et au niveau du sphincter strié. La vessie est ensuite remplie à débit constant (le plus souvent à 50 ml/mn) et les pressions sont enregistrées (cystomanométrie et sphinctérométrie) en même temps que l'EMG périnéal (de contact ou à l'aiguille selon le cas).

L'examen se poursuit par la mesure du profil urétral. Si la miction n'a pas été possible sur la table, une débitmétrie finale est réalisée.

Nous avons l'habitude de donner **un antibiotique** à l'issue de l'examen à des fins

prophylactiques (un cp de Ciflox 500 le plus souvent).

Les courbes sont analysées et commentées en fonction des données de l'interrogatoire et de la clinique. Les résultats sont adressés au médecin prescripteur ainsi qu'au médecin traitant.

À noter que nous n'utilisons que **du matériel à usage unique** et les sondes et différents raccords sont changés entre chaque patient.

Nous présentons **les dossiers difficiles** au « staff de neuro-urologie » que nous avons constitués depuis plus de 10 ans avec nos collègues MPR, urologues, gynécologues et neurologues de Haute-Alsace et Nord Franche-Comté qui se réunit tous les deux mois sur les différents sites en alternance. Ce groupe fonctionne à l'instar des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie et les décisions de traitement sont prises en commun notamment les indications d'injections de toxine botulinique dans la paroi vésicale.

Les dossiers difficiles sont présentés au staff de neuro-urologie

L'ensemble du BUD est fait en présence du médecin



➔ La thérapie implantable pour l'infusion intrathécale d'antispastique

La spasticité a des conséquences sérieuses sur la qualité de vie des patients et entraînent fréquemment des douleurs, des rétractions musculaires et des difficultés lors des soins.

L'injection d'antispastique par voie intrathécale (Baclofène) permet d'administrer des doses quotidiennes faibles avec peu de passage systémique.

La sélection clinique des patients traumatisés médullaires ou infirmes moteurs cérébraux ou porteurs de sclérose en plaques est conduite dans le cadre d'une consultation pluridisciplinaire (médecin MPR, neurochirurgien). Les objectifs du traitement y sont clairement précisés.

Pour être un bon candidat à l'implantation, le patient doit :

- avoir une spasticité sévère (échelle d'Ashworth >3) chronique et diffuse, gênant la fonction ou entravant le confort de vie ou risquant de provoquer des déformations orthopédiques ;
- ne pas être suffisamment amélioré par un traitement oral ;
- pouvoir se soumettre à un suivi régulier pour les remplissages ;
- répondre positivement à un test préalable par injection intrathécale d'antispastique (fait par les neurochirurgiens ou certains médecins de centre antidouleur).



L'implantation d'une pompe programmable (voir photo ci-dessus) permet d'obtenir une autonomie totale entre deux remplissages, d'adapter la thérapie, de respecter la commande volontaire résiduelle (utile chez des paraplégiques incomplets), d'éviter la diminution d'une spasticité utile, une réversibilité.

Au CRF Bretegnier, nous assurons le remplissage des pompes intrathécales et le suivi des patients.

Ce suivi est réalisé par un médecin qualifié en MPR (médecine physique et réadaptation).



SOCIÉTÉ DE RÉADAPTATION DU NORD-EST (SORNEST)

JOURNÉES D'ÉTUDE À VESOUL LES 24 ET 25 MARS 2011

La Société de Réadaptation du Nord-Est (So.R.N.-Est) est une association de type 1901, à but non lucratif, dont les membres ont tous une activité professionnelle orientée vers la prise en charge des personnes accidentées de la vie.

Elle regroupe des professionnels oeuvrant en Alsace, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Lorraine ainsi qu'au Grand Duché de Luxembourg voisin. Elle accueille toutes les personnes exerçant des activités professionnelles, médicales, paramédicales, pédagogiques, éducatives, techniques, sociales, administratives en matière de réadaptation. Cette pluridisciplinarité est une caractéristique de la réadaptation qui en fait sa singularité et son intérêt.

Pour mieux assurer son rôle de lien entre les différents partenaires de la Réadaptation, la So.R.N.-Est a également créé un site internet qui souhaite être un espace d'échange et d'informations pour les professionnels de santé mais aussi pour le grand public avide de mieux connaître un pan de la médecine plaçant le malade plutôt que la maladie au centre des préoccupations.

Chaque année, nous organisons des journées d'études qui ont beaucoup de succès : les prochaines se dérouleront à Vesoul les 24 et 25 mars 2011. Elles auront pour sujet « L'enfant handicapé moteur : stratégies de prise en charge en MPR ». Pour en savoir plus, je vous invite à vous rendre sur le site : <http://www.sornest.fr>

Dr André Chapuis, président de la SORNEST