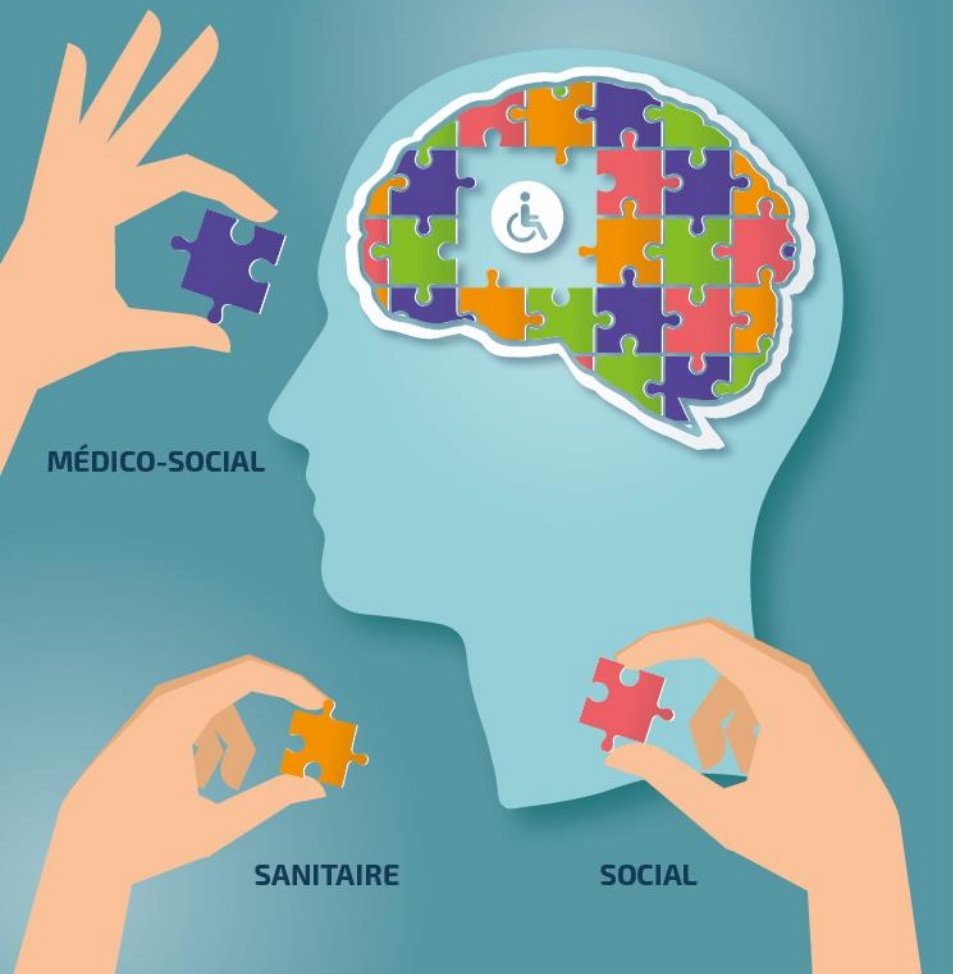


# ACTUALITÉS NEUROLOGIE & HANDICAP IDF

INSTITUT DU CERVEAU

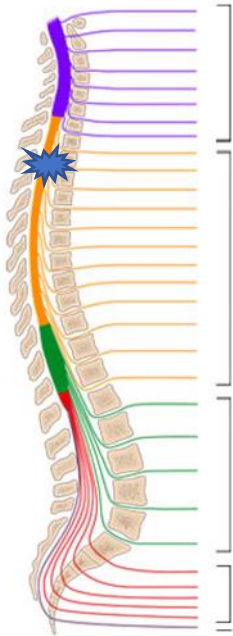


## POSE ET ANNONCE DU DIAGNOSTIC DES MALADIES NEUROLOGIQUES: Blessé médullaire

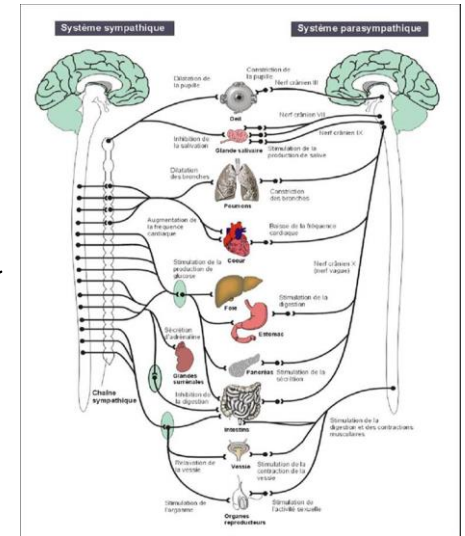
Dr Caroline Hugeron, médecin  
Mme Isabelle Ansieau, psychologue  
service MPR hôpital Raymond Poincaré,  
Garches

# Particularités de la lésion médullaire

## Défaillance multi-viscérale brutale et spécifique



- Atteinte motrice + sensitive + végétative avec troubles vésico-sphinctériens, digestifs, génito-sexuels, troubles de la régulation cardiovasculaire, thermique, respiratoire, douleurs neuropathiques
- Nécessité d'un bilan complet clinique et paraclinique
- Information progressive au rythme de ce que la patient peut absorber.
- Objectifs:
  - Aider le patient à comprendre le dysfonctionnement et la justification de certains gestes et traitements.
  - L'aider à s'impliquer dans sa rééducation



# Particularités de la lésion médullaire

- Niveau d'autonomie prévisible selon le niveau neurologique du patient
- Possibilité d'annoncer tôt un pronostic relativement fiable et une durée de rééducation

## ASIA Impairment Scale (AIS)

**A = Complete.** No sensory or motor function is preserved in the sacral segments S4-5.

**B = Sensory Incomplete.** Sensory but not motor function is preserved below the neurological level and includes the sacral segments S4-5 (light touch or pin prick at S4-5 or deep anal pressure) AND no motor function is preserved more than three levels below the motor level on either side of the body.

**C = Motor Incomplete.** Motor function is preserved at the most caudal sacral segments for voluntary anal contraction (VAC) OR the patient meets the criteria for sensory incomplete status (sensory function preserved at the most caudal sacral segments S4-5 by LT, PP or DAP), and has some sparing of motor function more than three levels below the ipsilateral motor level on either side of the body. (This includes key or non-key muscle functions to determine motor incomplete status.) For AIS C – less than half of key muscle functions below the single NLI have a muscle grade  $\geq 3$ .

**D = Motor Incomplete.** Motor incomplete status as defined above, with at least half (half or more) of key muscle functions below the single NLI having a muscle grade  $\geq 3$ .

**E = Normal.** If sensation and motor function as tested with the ISNCSCI are graded as normal in all segments, and the patient had prior deficits, then the AIS grade is E. Someone without an initial SCI does not receive an AIS grade.

**Using ND:** To document the sensory, motor and NLI levels, the ASIA Impairment Scale grade, and/or the zone of partial preservation (ZPP) when they are unable to be determined based on the examination results.

**TABLE 4**  
**Percent Recovery to Grade 3 or Better in Complete Tetraplegia**

Initial Strength	Time Postinjury			
	First-level Muscle*	2 Months	6 Months	12 Months
Grade 1 or 2		50%	82%	90%
Grade 0		11%	36%	45%**

\*Most rostral key muscle with < grade 3 strength

\*\*Recovery continues past 1 year, reaching 64 percent by 2 years

Sources: Ditunno et al., 1992; Mange et al., 1990; Mange et al., 1992; Wu et al., 1992

## Pronostic de récupération de la marche chez le blessé médullaire

- AIS A: <3%
- AIS B: 33%, en particulier épargne spinothalamique
- AIS C et D: 76 à 87%, dépendant des membres supérieurs, de l'âge, du délai de récupération

# Particularités de la lésion médullaire

## Déroulement pratique dans le service:

- Consultation interne: explications, premiers éléments du pronostic, objectifs de rééducation à court, moyen et long terme
- Consultations de suivi: précision du pronostic, objectifs concrets et moyens en rééducation, accompagnement en réadaptation, réinsertion. Information sur les possibilités en fauteuil (conduite, travail, enfants, loisirs...)
- Information de la famille avec le patient
- Intervention de la psychologue sur proposition de l'équipe ou à la demande du patient

# Cas clinique

- Paul, 27 ans, étudiant, en séjour en Australie
- Accident de sport de glisse en juillet 2021 responsable d'une fracture de T11 avec paraplégie d'emblée.
- Ostéosynthèse et début de rééducation sur place puis transfert dans le service en août 2021.
- À l'arrivée: paraplégie T 10 AIS A modérément spastique, sonde à demeure, retard de transit, souffrance morale manifeste
- Dès le premier jour: explication sur les TVS et leur prise en charge, sans évoquer plus loin le pronostic.

# Etat d'esprit à l'entrée

- Relativement lucide et en même temps en refus total de l'idée d'une non récupération
- premières explications le jour de l'admission pour qu'il accepte les traitements anticholinergiques et sondages à court terme. Pas de projection à moyen terme.
- *Au niveau psychologique: très demandeur dès l'entrée, suivi hebdomadaire proposé.*
- *Sensation d'enfermement, d'étouffement dans le service.*
- *Besoin de s'isoler: ne se mélange pas aux autres.*
- *Méditation*

- Consultation interne à J10: Explications des objectifs de rééducation/réadaptation. Premiers éléments du pronostic et perspectives: permet au patient de comprendre les axes de travail en rééducation, les traitements prescrits et d'anticiper l'avenir.
  
- *Au niveau psychologique:*
  - *A compris le diagnostic, le pronostic, il progresse vite en autonomie... mais si le temps pouvait changer les choses ...*
  - *Le handicap: pas seulement être en fauteuil ...*
  - *Relations compliquées avec le personnel: règles à respecter, intrusion, manque de respect, soins invasifs ... Infantilisation, régression, image de soi dégradée*
  - *Pour le moment, pas de projection dans l'avenir: trop douloureux.*
  - *Vivre en fauteuil : non envisageable. Activités proposées : refusées.*
  - *Période très dure moralement. Idées noires, idées suicidaires. Nous adaptons les entretiens.*

- Refus d'activité physique adaptée, puis accepte pour travailler le 2 roues mais le sport en fauteuil ne l'intéresse pas
- Premier week-end à domicile: souhaité par le patient, faisant partie de la rééducation mais difficile. Présente des fuites de selles insupportables.
- 2<sup>ème</sup> week-end à domicile demandé par le patient bien que le premier ait été difficile, mi novembre: Mr revient avec des objectifs de travail et voit l'intérêt de certains points de la rééducation

- *Au niveau psychologique:*

- *Entretiens changent de tonalité: il questionne, s'interroge, exprime tout ce qui le blesse, le révolte.*
- *Est à l'écoute de ce qu'on lui dit. Envisage « timidement » de faire de la balnéo et de l'APA .*
- *1<sup>ère</sup> confrontation à l'extérieur : il le souhaite, mais ce sera brutal et difficile. (RAD chez ses parents).*
- *Moral très fluctuant: fragile +++ . Mais désir de quitter l'hôpital pour vivre une nouvelle expérience dans un autre centre. Espoir de récupération? Envisage de reprendre une vie de voyage, questionne sur le sport en fauteuil ...*



- Accepte d'aller en balnéo: très à l'aise, acquisition rapide de la nage. Proposition de séjour handiski
- Transfert dans un centre plus proche de son domicile, puis retour à domicile au printemps 2022.
- Retour positif du séjour handiski

Témoignage de Paul après son séjour handiski:

*Une expérience inoubliable!*

*Je suis rentré de cette semaine à la montagne avec des étoiles plein les yeux.*

*Pourtant un peu frileux de prime abord à l'idée de perdre tout repère pendant une semaine et me confronter au vrai monde loin du centre, je me suis laissé guider par les encouragements d'Éric. A mon plus grand bonheur car ce voyage au ski s'est avéré être une bouffée d'air frais et un tremplin dans cette nouvelle vie.*

*Plutôt sportif avant l'accident, il m'était difficile d'imaginer retrouver des sensations fortes et pourtant cette semaine j'ai pris mon pied ! (sans mauvais jeu de mots)*

*Et outre l'aspect glisse, j'ai eu la chance de partager cette aventure avec une équipe formidable et c'est ce qui fait à mon avis le grand plus de ces séjours : le partage. Accompagnants dévoués, monos de skisit on fire et autres miraculés de la vie, chacun a apporté son grain de sel et a contribué à rendre cette expérience riche et inoubliable. Encore merci à tous , l'association Point Carré et à Éric d'organiser des séjours comme celui-ci qui aident des accidentés de la vie à se reconstruire, à réaliser qu'il existe encore bien des choses à vivre et à découvrir.*

# Conclusion

La détermination du diagnostic et du pronostic d'une lésion médullaire est relativement aisée quand on connaît cette pathologie. Les objectifs et les moyens de les atteindre bien déterminés en fonction du niveau de la lésion et la prise en charge de toutes les conséquences est bien codifiée.

L'annonce ne doit pas être différée excessivement, ce qui nuirait à la bonne compréhension des objectifs de travail et retarderait inutilement les nombreuses démarches.

Cependant, elle doit bien souvent se faire progressivement, en accompagnant l'évolution du patient. Elle nécessite de revenir sur certains points compte tenu de la multiplicité des conséquences de la lésion.

Le refus du pronostic et de la prise en charge qui y est associée n'est pas rare mais un accompagnement fait avec tact permet bien souvent d'entrouvrir une porte faisant découvrir d'autres perspectives au patient.