

SYNDROME DE SCHNEIDER: REEDUCATION ET READAPTATION

4ÈME PRINTEMPS DU RACHIS LE 17/03/2016

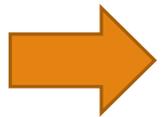
DR PAULINE LARBERE, CCA SERVICE DE MPR POI

TABLEAU CLINIQUE

- Lésion médullaire incomplète
 - « Acute central spinal cord injury » de Schneider (1954)
 - Personnes âgées cervicarthrosiques
 - 3 formes cliniques (*Fuentes, 1984*)
 - tétraplégie incomplète à prédominance brachiale
 - diplégie brachiale pure
 - diplégie brachiale avec atteinte mineure des MI
 - Différents degrés d'atteinte sensitive prédominant Mb sup et thorax
 - Possible rétention urinaire
 - Epargne sacrée
- Le plus prévalent des syndromes cliniques (*Mac Kinley, 2007*)
 - 9% de toutes les lésions
 - 100% des patients ont des niveaux entre C4 et C8

LES DIFFERENTES PHASES DE LA PRISE EN CHARGE

- Phase aigue
- Phase de rééducation
- Réadaptation
- Suivi



PEC multidisciplinaire: médecins, IDE, AS, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, assistantes sociales...

PHASE AIGUE

➔ Orientation rapide vers un service de MPR

➤ PEC des complications (RAU)

➤ Evaluation des déficiences, limitations d'activité en fonction du niveau lésionnel

➤ Réévaluation régulière (synthèses pluridisciplinaires)

Évaluation motrice				ASIA		Identité du patient	
C2	D	G		Date de l'examen			
C3				Niveau neurologique		Sensitif droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/>	
C4				Motricité droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/>			
C5				*Segment le plus caudal ayant une fonction motrice			
C6				Lésion médullaire**		Complexe ou Incomplète	
C7				** Caractère incomplet défini par une motricité ou une sensibilité		ou territoire S4-S5	
C8				Échelle d'anomalie ASIA :		A B C D E	
T1				A = complète : aucune motricité ou sensibilité dans le			
T2				territoire S4-S5			
T3				B = incomplète : la sensibilité mais pas la motricité est			
T4				préservée au-dessus ou niveau lésionnel, en particulier			
T5				dans le territoire S4-S5			
T6				C = incomplète : la motricité est préservée au-dessus			
T7				ou niveau lésionnel et plus de la moitié des muscles tactés			
T8				au-dessus de ce niveau à un score < 3			
T9				D = incomplète : la motricité est préservée au-dessus du			
T10				niveau lésionnel et au moins la moitié des muscles tactés			
T11				au-dessus du niveau à un score > 3			
T12				E = normale : la sensibilité et la motricité sont normales			
L1				Préservation partielle***		Sensitif droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/>	
L2				Motricité droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/>			
L3				*** Extension caudale des segments partiellement int.		<input type="checkbox"/>	
L4				Syndrome clinique :		Contromodulaire <input type="checkbox"/>	
L5						Brown-Sequard <input type="checkbox"/>	
S1						Mielite antérieure <input type="checkbox"/>	
S2						Cône terminal <input type="checkbox"/>	
S3							
S4-5							

Évaluation sensitive			
Toucher		Piqûre	
C2	D	G	
C3			
C4			
C5			
C6			
C7			
C8			
T1			
T2			
T3			
T4			
T5			
T6			
T7			
T8			
T9			
T10			
T11			
T12			
L1			
L2			
L3			
L4			
L5			
S1			
S2			
S3			
S4-5			

Score «toucher» : /112		Score «piqûre» : /112	
Sensibilité anale : oui/non			
0 = absente 1 = diminuée 2 = normale NT. non testable			

PHASE DE REEDUCATION

➤ EN KINESITHERAPIE

➤ Objectifs:

- Améliorer les capacités fonctionnelles
- Renforcement musculaire des membres inférieurs
- Travail de l'équilibre du tronc
- Travail des transferts
- Travail de la marche et de l'équilibre
 - Analyse biomécanique de la marche (*Gil Agudo, 2013*)
 - Aides techniques: utilisations limitées par déficience des mbs sup (*Gil Agudo, 2009*)

PHASE DE REEDUCATION

➤ EN ERGOTHERAPIE

- Travail autour de la motricité des MS
 - Mobilisations biquotidiennes
 - Amplitudes articulaires, positionnement en fonction
 - Renforcement des muscles
 - Bilan de préhension
 - Bimanuelle
 - Ténodèse
 - Pince pouce-index
 - Sub-normale

- Travail des préhensions, orthèses fonctionnelles



PHASE DE REEDUCATION

➤ EN ERGOTHERAPIE

➤ Bilan et travail de l'autonomie dans les AVQ (alimentation, toilette, habillage, transferts...)

➤ Aides techniques



➤ PEC EN ORTHOPHONIE

➤ Immobilisation dans collier cervical: dysphagie

➤ Stratégies de déglutition pour éviter inhalation

PHASE DE REEDUCATION

- PEC des complications neuro-urologiques
 - **Retrait SAD rapide +++**
 - Surveillance de la reprise des mictions avec mesure du RPM
 - Si échec: auto ou hétéro sondages itératifs précoces
 - Objectifs:
 - Obtenir une vidange vésicale complète 5 à 6 fois par jour
 - Protéger le haut appareil urinaire
 - Préserver la continence lorsque cela est possible
 - Adapter le mode mictionnel aux capacités fonctionnelles
 - Réévaluation régulière en fonction de la récupération
- PEC des douleurs neurologiques

PHASE DE REEDUCATION

- Bilan environnemental et social
 - Conditions de vie (famille, habitat...)
 - Contexte professionnel
 - Contexte traumatique éventuel (assurances?)
 - Mise en route du dossier social administratif (ALD)

READAPTATION

- Recherche à compenser les déficiences et les limitations d'activités (incapacités) qui persistent malgré la rééducation
- *But:*
 - Permettre la meilleure intégration possible de la personne dans son environnement
- *Moyens:*
 - Aides matérielles (dispositifs médicaux et aides techniques)
 - Aides humaines
 - Adaptation de l'environnement

READAPTATION

- Individualisée ++
- Envisagée dès le début de la PEC
 - En fonction du bilan fonctionnel et socio environnemental
- **Loi du 11 février 2005** relative à la compensation du handicap

Loi du 11 Février 2005: grands axes

-droit à la compensation des csq du handicap
-modification des revenus favorisant une vie autonome digne
-organisation de la cité autour d'un principe général d'accessibilité
-principe de non-discrimination en matière d'insertion professionnelle
et d'intégration scolaire

READAPTATION

➤ MDPH

- Orientation: lieu de vie , accompagnement professionnel
- Carte d'invalidité ou de priorité
- Prestation de Compensation du Handicap (**PCH**)
 - Attribuée sans condition de ressources de 20 à 60 ans
- **APA**
- Si > 60 ans
- Catégories GIR 1 à 4, montant en fonction des besoins et des revenus

➤ SECU

- ALD 100%, arrêt de travail

Aides techniques



Véhicule



SUIVI

➤ Enjeux

- Vérifier et accompagner l'intégration dans la communauté
- Prévenir les complications et/ou les dépister (bilan clinique et paraclinique régulier)
- Réajuster les stratégies thérapeutiques
- Traiter les complications le cas échéant

PRONOSTIC

- Le plus souvent favorable
- Minf > vessie > Msup
- Dépend de l'âge (*Kirshblum 1998, Penrod 1990*)
 - Fonction de marche
<50 ans 97% versus 41% >50ans
 - Récupération mictionnelle
<50 ans 83% versus 29% >50ans
 - Anorectale
<50 ans 63% versus 24% >50ans
- Récupération complète rare: 28% des cas (*Fuentes, 1984*)

CONCLUSION

- Pathologie du sujet âgé: PEC des comorbidités
- De bon pronostic
- Intérêt d'une PEC rééducative précoce
- Multidisciplinaire
- Suivi régulier