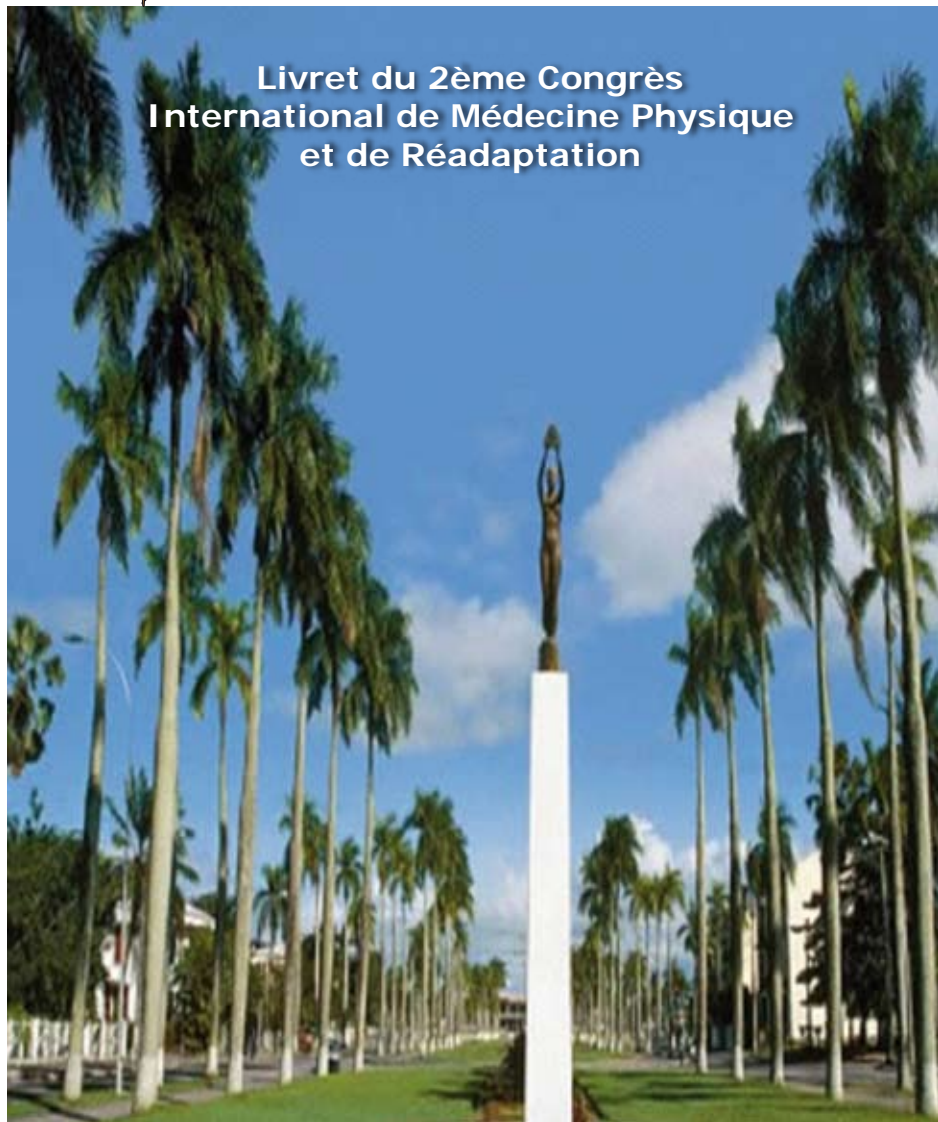




Association de Médecine Physique et de Réadaptation de Madagascar

**Livret du 2ème Congrès
International de Médecine Physique
et de Réadaptation**



***25 –29 Avril 2016 au Sharon Hôtel, Toamasina
Madagascar***



*« To believe in rehabilitation is
to believe in humanity »*

(Howard Rusk,
fondateur de la Médecine Physique
et de Réadaptation à New York)

*« Izay resy lahatra amin'ny fampiatiana
ny olona tra-pahasembanana dia
manandratra avo ny maha olona »*

**Association de Médecine Physique
et de Réadaptation de Madagascar**

**2ème Congrès International
de médecine physique
et de réadaptation**

Thème principal :

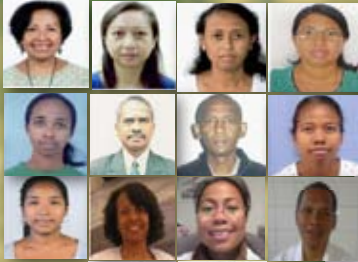
***« Les Accidents vasculaires cérébraux
et la rééducation de l'hémiplégie »***

25 - 29 Avril 2016
Sharon Hôtel, Toamasina

LES MEMBRES DE L'AMPR



Mahajanga



Antananarivo



Antsirabe



Fianarantsoa



Toamasina



In Memoriam

Professor Bipin Bhakta was Professor Anne Chamberlain's successor as Charterhouse Professor of Rehabilitation Medicine in the University of Leeds .

Very sadly he died at a young age but his contribution to Rehabilitation Medicine research was outstanding .

He gave sustained support to the Leeds-Madagascar Rehabilitation teaching link and was a brilliant teacher and physician.



Le mot du Président,

Mesdames et Messieurs,
Chers participants,
Chers partenaires,

Trois ans déjà que notre Association a vu le jour, notre désir de promouvoir la réadaptation dans notre si cher pays n'a pas faibli. Les médecins de médecine physique et de réadaptation constituent un élément clé dans la dynamique de développement des services de réadaptation. Sur le terrain, la plupart des membres sont engagés dans un processus d'amélioration de la qualité de service, en collaboration avec toute l'équipe de réadaptation et avec l'appui des partenaires. L'Association en elle-même est un tremplin destiné à favoriser le développement personnel, éviter l'isolement des collègues, surtout ceux des régions, et favoriser la réflexion commune.

Mais l'Association veut aussi interpeller sur les problèmes de santé publique pourvoyeurs de handicap. L'acquisition de déficiences temporaires ou permanentes concerne chacun d'entre nous, à un moment ou à un autre de la vie. L'accident vasculaire cérébral guette tous les individus exposés aux facteurs de risque qui sont le lot de notre mode de vie actuel.

Puissent ces journées vous éclairer encore plus sur notre mission. Notre objectif serait atteint cette fois-ci si tout un chacun, individu, famille, communauté, prestataire de soins, décideur, institution, association, ONG, pouvait identifier et assumer le rôle qui lui revient dans la prévention de l'accident vasculaire cérébral et de ses complications, ainsi que dans l'amélioration de la qualité de vie des patients hémiplegiques.

Au nom de AMPR Mada, je remercie chaleureusement tous ceux qui nous accompagnent dans notre cheminement, tous les participants à ce Congrès et tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, rehausseront ces journées de leur contribution.

Dr Sonia Andrianabela



AGENDA CONGRES AMPR Mada

25 -30 AVRIL 2016

LUNDI 25 AVRIL 2016

- | | |
|---------------|---|
| 8h30 | Accueil du public et des invités au DRSP Atsinanana, Hopitaly kely |
| 8h30 - 13h30 | Dépistage gratuit de l'HTA
Cérémonie d'ouverture officielle du Congrès
Sensibilisation du public sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles
Rafrachissements |
| 14h 30- 15h30 | EPU sur l'HTA |

MARDI 26 AVRIL 2016

- | | |
|---------------|---|
| 8h - 9h | Accueil des participants |
| 9h - 9h10 | Mots de bienvenue |
| | EPIDEMIOLOGIE ET ETIOLOGIES DES AVC |
| | Président de séance : Pr Solofomalala Duval |
| 9h10 - 9h20 | Ampleur de l'accident vasculaire cérébral (AVC) et de ses facteurs de risque à Madagascar (ANDRIANABELA Sonia) |
| 9h20- 9h30 | Caractères épidémiocliniques des AVC vus aux urgences du CHU PZAGA Mahajanga (ANDRIAMAROLAHY VF) |
| 9h30 - 9h40 | Complication neurologique de la drépanocytose dans le service de réanimation chirurgicale du CHU-JRA (RANDRIAMAMPIANINA Tahianasoa) |
| 9h40- 9h50 | Accident vasculaire cérébral et polyglobulie a l'USFR hématologie CHU-JRA : à propos d'un cas (DINAFANOMEZANA H) |
| 9h50- 10h10 | Discussions |
| 10h10 - 10h25 | Pause café |
| | PRISE EN CHARGE A LA PHASE AIGUË |
| 10h25 - 10h35 | Place de la rééducation fonctionnelle dans la prise en charge d'un AVC au CHU Toamasina (RAMANANASOA M) |
| 10h35- 10h45 | Apport de la rééducation sur le pronostic des AVC vus au SUSI du CHU PZAGA Mahajanga (ANDRIAMASINORO M .B) |



- 10h45– 10h55 Profil évolutif des déficits moteurs chez les patients atteints d'accident vasculaire cérébral au service de neurologie HUIJB (RAZAFINDRASATA R Santatra)
- 10h55- 11h10 Positionnement du patient et hémiparésie (Anri-Louise OOSTHUIZEN)
- 11h10 - 11h40 Alimentation et dysphagie (Richenda WRIGHT)
- 11h40 - 12h **Discussions**

PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE DES PATIENTS POST-AVC
Président de séance : Pr Anne Chamberlain

- 14h– 14h30 Les troubles urinaires au cours des hémiparésies vasculaires
- 14h30 – 14h40 Prise en charge pluridisciplinaire d'une hémiparésie ancienne au CRMM (RAFAMATANANTSOA Christian)
- 14h40 – 14h50 Rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (Richenda WRIGHT)
- 14h50 – 15h Les hémiparésies vasculaires vues dans le service de rééducation fonctionnelle d'Anosy Avaratra (RASAHOBI LALARANJALIVA)
- 15h - 15h20 **Discussions**
- 15h 20– 15h35 **Pause café**
- 15h 35– 16h Les troubles de la communication (Richenda WRIGHT)
- 16h – 16h 30 **Discussions**

MERCREDI 27 AVRIL 2016

- 8h45 – 9h **Mots d'introduction et synthèse de J1**

QUALITE DE VIE
Président de séance : Dr Sonia Andrianabela

- 9h – 9h10 Etude épidémiologique-clinique des patients hémiparésiques vasculaires vus dans le service de rééducation fonctionnelle de CHUJRA (RAHARINANTENAINA H. A)
- 9h10- 9h20 Echelles d'évaluation des AVC (RAONINAH F.H)
- 9h20- 9h35 Impact de l'accident vasculaire cérébral sur la performance du rôle de l'individu dans la famille et au sein de la société (Anri-Louise OOSTHUIZEN)
- 9h35 – 9h45 Qualité de vie des patients hémiparésiques vasculaires ayant été hospitalisés dans le service de neurologie du CHU-JRB d' Antananarivo (RAONINAH F H)
- 9h45- 9h55 Le profil socio-démographique et la qualité de vie des aidants des patients victimes d'accident vasculaire cérébral hospitalisés dans le service de neurologie du CHU-JRB d'Antananarivo (RANAIVONDRAMBOLA A T)



9h55 - 10h15 **Discussions**

10h15-10h25 SANOFI

10h25 – 10h40 **Pause café**

PRESENTATION DES POSTERS

10h40 – 10h50 Evolution de l'hypertension artérielle de j1 à j5 au cours d'un accident vasculaire cérébral au service de neurologie HUIRB (RAZAFINDRASATA R Santatra)

10h50- 11h Fréquence et caractéristiques des AVC impliquant les artères perforantes (Nomena Finiavana RASAHOLIARISON)

11h - 11h10 Les facteurs pouvant influencer la qualité de prise en charge des patients atteints d'AVC dans un service de réadaptation fonctionnelle (ANDRIAMASINORO M.B)

13h30 - 14h Accueil des participants aux formations

FORMATIONS / ATELIERS PRATIQUES SUR L'HEMIPLEGIE

14h - 17 h Alimentation et dysphagie

JEUDI 28 AVRIL 2016

- 8h45- 9h Synthèse
- 9h- 12h30 Positionnement/Mobilisation
- 12h30-13h30 **Pause déjeuner**
- 13h30-15h30 Rééducation vésico-sphinctérienne
- 15h30- 17h Discussion de cas cliniques

VENDREDI 29 AVRIL 2016

- 8h45-9h Synthèse
- 9h- 9h45 Les troubles de la communication
- 9h45-10h **Pause café**
- 10h-12h30 Evaluation de la communication /stratégies de communication
- 12h30-13h30 **Pause déjeuner**
- 13h30- 15h30 Aides techniques / appareillages
- 15h30- 16h30 Cérémonie de clôture
Cocktail

SAMEDI 30 AVRIL 2016

Randonnée au Parc Ivoloïna



RESUMES DES COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES

EPIDEMIOLOGIE ET ETIOLOGIES DES AVC

AMPLEUR DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ET DE SES FACTEURS DE RISQUE A MADAGASCAR

ANDRIANABELA Sonia

Médecin de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles
Direction de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles /MSANP
E-mail :sonia_randrianarisona@yahoo.fr

L'estimation mondiale de la prévalence du handicap est en hausse d'environ 5% en raison notamment du vieillissement de la population et de la propagation rapide des maladies chroniques. Les principales maladies non transmissibles (MNT) sont sous-tendues par des facteurs de risque communs. Les maladies cardio-vasculaires sont responsables de la majorité des décès dus aux MNT au plan mondial (48%).

L'objectif de notre présentation est de situer l'ampleur du problème que pose l'accident vasculaire cérébral à Madagascar. Nous avons pour cela consulté les rapports mondiaux, les données rapportées par les Annuaires des statistiques nationales du secteur Santé des cinq dernières années (2011-2015) ainsi que les rapports d'activité des principaux Services de rééducation.

A Madagascar, les MNT étaient à l'origine de 39% de tous les décès en 2014, 18% étant imputables aux maladies cardio-vasculaires. Parmi les facteurs de risque les plus significatifs figurent une prévalence élevée du tabagisme (19,6%), de l'alimentation déséquilibrée pour 72,6% de la population, de l'alcoolisme (31,7%), de l'hypertension artérielle (35,8%). L'hypertension artérielle est le principal facteur de risque incriminé à l'origine des AVC. Elle constitue un motif de consultation de plus en plus fréquent au niveau des CSB où l'HTA passe de la 12ème à la 8ème place.

La morbidité hospitalière au niveau des CHRDR augmente nettement, plaçant l'HTA de la 9ème à la 5ème place avec une mortalité non négligeable, 5ème cause de décès au niveau des CHRDR. Une amélioration des rapports mensuels d'activité a permis de disposer depuis 2015 de données sur les AVC au niveau des formations sanitaires de base. Ainsi, 3466 nouveaux cas d'AVC ont été consultés au niveau des CSB, dont 4% avaient moins de 25 ans, 55% de 25 à 59 ans et 41% avaient 60 ans et plus. Seuls 447 d'entre eux ont été référés (12,9%). Au niveau des CHU et des CHRR, l'AVC occupe toujours la première cause de mortalité hospitalière. La létalité spécifique reste élevée malgré une tendance à la baisse (de 41,3% à 35,4%), témoignant d'une amélioration de la prise en charge. La rééducation de l'hémiplégique occupe le second rang au niveau de l'ensemble des Services de rééducation fonctionnelle (870 cas en 2014).



La prévalence élevée des facteurs de risque, la mortalité hospitalière prépondérante de l'HTA et de l'AVC nécessitent la mise en œuvre d'interventions clés de prévention et de traitement. Nous sommes interpellés par le nombre de nouveaux cas d'AVC consultés au niveau des CSB, pratiquement le double de celui des patients hospitalisés au niveau des CHU/CHRR. La question de leur prise en charge et de leur devenir se pose, très peu d'entre eux sont référés.

Les patients hémiplegiques constituent la population de prédilection des services de réadaptation après les paralysés cérébraux. Ainsi, les équipes multidisciplinaires devraient être impérativement renforcées par l'adjonction des spécialités manquantes. Le parcours de soins du patient hémiplegique serait à définir jusqu'au niveau communautaire.

MOTS CLES: Accident vasculaire cérébral, facteurs de risque, hypertension artérielle, morbidité, mortalité, multidisciplinarité.

CARACTERES EPIDEMIOCLINIQUES DES AVC VUS AUX URGENCES DU CHU PZAGA MAHAJANGA

Andriamarolahy VF*, Rasamimanana NG*, Ralison A**, Raharimanana RN**

* Service des Urgences et des Soins Intensifs (SUSI) du CHUPZaGa Mahajanga

**Service de pneumo-phtisiologie du CHUPZaGa Mahajanga

E-mail : vatosoafioarena@gmail.com

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) constitue une urgence diagnostique et thérapeutique avec une morbi-mortalité lourde.

L'objectif est de décrire les caractéristiques épidémiocliniques, de déterminer les principaux facteurs de risque et les complications.

Nous avons effectué une étude rétrospective descriptive de 22 mois, de Janvier 2014 à Octobre 2015 au SUSI du CHUPZaGa Mahajanga. Les patients diagnostiqués d'AVC au scanner ont été inclus.

Parmi les 172 cas suspectés d'AVC (6%) 41 ont été retenus soit 23,84%. L'AVC hémorragique représentait 58,5%. Le sex ratio était de 1,55. La tranche d'âge la plus touchée était au-delà de 60 ans en faveur des femmes (56,2%). L'HTA (78%), l'éthylisme (29,3%), le tabagisme (22%) sont les principaux facteurs de risque, l'éthylisme (de sexe masculin (61%). A l'examen, les principaux symptômes étaient l'hémiplégie (70,7%), le trouble de la vigilance (82,9%), la céphalée et la paralysie faciale (46,3%). Pour l'AVC hémorragique, l'hématome, 41,5% était fréquente, et pour l'AVC ischémique, l'atteinte sylvienne superficielle et étendue était fréquente (14,6%). Les principales complications ont été le coma profond et l'inondation ventriculaire (35,7%), et constituaient les facteurs de décès quelque soit le type de lésion.

La prévention de l'HTA est primordiale, la motivation des patients à réaliser le scanner cérébral est de règle, la création d'une unité Neurochirurgicale sera une avancée.

MOTS-CLES : AVC, Issue, Scanner, Urgence.



COMPLICATION NEUROLOGIQUE DE LA DREPANOCYTOSE DANS LE SERVICE DE REANIMATION CHIRURGICALE DU CHU-JRA

RANDRIAMAMPIANINA Tahianasoa*, RANDRIAMANDRATO Tantely, DINAFANOMEZANA Harijaona R., RAJAONERA Tovohery A., RAKOTO ALSON Aimée Olivat

*Interne des Hôpitaux en Hématologie Clinique, USFR Réanimation Chirurgicale CHU/JRA

La drépanocytose est une maladie génétique du sang qui entraîne une falciformation des globules rouges dans certaines conditions pouvant aboutir à des complications redoutables comme les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

L'objectif de cette étude est de rapporter des cas d'AVC chez les patients drépanocytaires au sein du service de Réanimation Chirurgicale CHU-JRA allant du 01 Janvier 2013 jusqu'au 31 Décembre 2015.

Sur 3 ans, 10 patients drépanocytaires ont présenté des complications à type d'AVC. L'âge moyen était de 7,2 ans et le sex ratio H/F de 1,5. Les manifestations cliniques les plus fréquemment retrouvées étaient la dysarthrie dans 60 % des cas, l'hémiplégie dans 80% des cas et l'hémi-parésie dans 20%. L'installation était brutale. Deux patients ont bénéficié d'un scanner cérébral retrouvant un AVC ischémique.

Les complications neurologiques de la drépanocytose sont rares mais graves et touchent surtout les enfants de 5 à 11 ans. L'évolution est toujours favorable vers la récupération si le traitement est bien conduit. La rééducation prend une place importante dans la prise en charge de ces patients.

MOTS CLES : AVC, Drépanocytose, échange transfusionnel, hydroxyurée, rééducation fonctionnelle.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ET POLYGLOBULIE A L'USFR HEMATOLOGIE CHU-JRA : à propos d'un cas

DINAFANOMEZANA H*, RANDRIAMAMPIANINA T*, RAKOTOMANANA JL**, TEHINDRAZANARIVELO A***, RAKOTO ALSON O****.

*Internes des Hôpitaux en Hématologie Clinique

**Interne des Hôpitaux en Neurologie

***Professeur titulaire en Neurologie

****Professeur titulaire en Hématologie Biologique

E-mail : hdinafanomezana@yahoo.fr

Introduction : Les accidents ischémiques cérébraux sont décrits chez 10 à 20% des sujets atteints de polyglobulie. Le risque d'accident ischémique cérébral est élevé au cours des polyglobulies secondaires. L'objectif de cette étude est de décrire le profil épidémiologique-clinique d'un accident vasculaire cérébral associé à une polyglobulie à travers une observation médicale.



Observation : Il s'agit d'un homme de 45 ans, éthylique chronique, non tabagique, non hypertendu, sans autres tares associées. Il avait présenté un trouble de conscience brutal avec dysarthrie, un déficit moteur gauche d'installation brutale sans déficit sensitif. Le tout précédé de céphalée sans raideur méningée. L'hémogramme en urgence révélait une polyglobulie macrocytaire à 220g/l. Il n'a pas pu bénéficier d'un scanner cérébral. La prise en charge immédiate était des saignées avec une hyperhydratation. Une rééducation motrice passive a permis une récupération progressive du déficit moteur.

Conclusion : Une polyglobulie importante est responsable d'ischémie périphérique mais aussi cérébrale dans son histoire naturelle chez l'adulte jeune. Les saignées constituent les gestes d'urgence avant la recherche étiologique.

MOTS CLES : AVC, Madagascar, Polyglobulie, Saignées

PRISE EN CHARGE A LA PHASE AIGUË

PLACE DE LA REEDUCATION FONCTIONNELLE DANS LA PRISE EN CHARGE D'UN AVC AU CHU TOAMASINA

Ramananasoa ML*, Rasataharifetra H**, Sablon HAE***, Rajaonera AT****,

*. Anesthésiste réanimateur - CHU Analakininina Toamasina

** . Chirurgien – CHU Analakininina Toamasina

***. Professeur Titulaire en Chirurgie viscérale - CHU Analakininina Toamasina

****. Professeur Agrégé en Anesthésie Réanimation - CHU-JRA Ampefiloha Antananarivo

E-mail : marinettach2001@yahoo.fr

L'AVC représente un enjeu majeur de santé publique. Il est la deuxième cause de mortalité dans le monde et la première cause de handicap physique acquis chez les adultes.

Notre étude a pour objectif de montrer l'intérêt de la rééducation fonctionnelle chez les patients ayant eu un AVC.

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive réalisée durant l'année 2015 dans le service de réanimation polyvalente du CHU Analakininina.

Nous avons pu colliger 107 cas d'AVC, seuls 30 cas ont été retenus selon les critères d'inclusion, soit 28% des AVC admis dans le service. L'âge moyen des patients étaient de 62 ans, le sex ratio était égal à 1. Un score de Glasgow inférieur ou égal à 8 a été observé chez 47% des patients. Parmi les déficits neurologiques, les hémipariés droite (n=15) et gauche (n=9) prédominaient en plus de la paralysie faciale, l'aphasie et la dysarthrie. Le scanner cérébral a été réalisé chez 53% (n=16) des patients avec comme résultats, 62,5% (n=10) d'AVC hémorragique, 25% (n=4) d'AVC ischémique et 12,5% (n=2) normal. La rééducation fonctionnelle a été en général prescrite chez 70% des malades à partir du 5ème jour d'hospitalisation. Les personnels du service d'appareillage et de rééducation effectuent la prise en charge au lit des patients dans le service.



Les séquelles neurologiques rendent les patients dépendants quant aux gestes quotidiens de la vie. La rééducation fonctionnelle précoce est recommandée pour améliorer les pronostics physico-psychiques des malades.

MOTS CLES : AVC – CHU Analakininina - réanimation - rééducation fonctionnelle

APPORT DE LA REEDUCATION SUR LE PRONOSTIC DES AVC VUS AU SUSI DU CHU PZAGA MAHAJANGA

ANDRIAMASINORO M .B.*, RASAMIMANANA N.G.**

* Service d'Appareillage et de Rééducation CHU PZAGA MAHAJANGA

**Anesthésiste Réanimateur, Service des Urgences et de Soins Intensifs CHU PZAGA MAHAJANGA.

Email : bodonirina13@yahoo.fr

Introduction : L'AVC est à la fois une maladie aiguë et une maladie chronique. L'objectif de notre étude est de montrer l'intérêt de la rééducation précoce dans la prise en charge des AVC à la phase aiguë.

Méthodes : Nous avons effectué une étude prospective descriptive allant du 01 Novembre 2015 au 31 Janvier 2016 portant sur les patients admis pour AVC au SUSI du CHU PZAGA Mahajanga. Le score de GLASGOW est utilisé par le Service de Réanimation pour évaluer l'état de conscience. L'évaluation fonctionnelle est faite par le score de BARTHEL et la Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF). La kinésithérapie quand elle est prescrite se fera au lit du patient et à une fréquence quotidienne.

Résultats : Onze patients ont été recensés dont 8 hommes et 3 femmes. L'âge moyen était de 52 ans touchant principalement la tranche de 41 à 60 ans (62,60%). L'hypertension artérielle (81,80%) est le facteur de risque majeur. Sept patients présentaient un AVC ischémique (63,65%) et quatre patients un AVC hémorragique (36,35%). Tous les patients avaient un trouble de la conscience et un trouble vésico-sphinctérien à l'entrée, les troubles de la déglutition et du langage sont retrouvés dans 90,90% des cas. La kinésithérapie était prescrite chez seulement 5 patients (45,45%). Le délai de prescription variait du 2^e jour au 6^e jour avec une moyenne au 4^e jour. Une bonne évolution, c'est-à-dire amélioration de l'état général, de l'état de conscience et de l'état fonctionnel, était constatée chez 4 patients qui avaient bénéficié de la kinésithérapie. La MIF variait entre 18 à 90, et le score de BARTHEL variait entre 5 à 50.

Pour ceux qui n'ont pas eu de kinésithérapie, 5 avaient une dégradation de l'état général dont 3 sont décédés. Des complications de décubitus ont été observées chez les patients où la kinésithérapie était prescrite tardivement ou n'était pas prescrite du tout. La kinésithérapie n'était pas prescrite en raison du mauvais état général des patients et de l'hésitation du médecin à prescrire pour ces cas.



Conclusion : En soins intensifs, la rééducation peut améliorer nettement l'état cutané, l'état respiratoire et influence sur l'état général du patient. Une collaboration étroite entre l'équipe de rééducation et les médecins urgentistes et réanimateurs sur l'instauration d'une rééducation multidisciplinaire précoce associée à une évaluation et un suivi planifiés sera nécessaire pour la prise en charge des patients atteints d'AVC.

MOTS-CLES : AVC, phase aigüe, pronostic, rééducation.

PROFIL EVOLUTIF DES DEFICITS MOTEURS CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL AU SERVICE DE NEUROLOGIE HJRB

RAZAFINDRASATA R Santatra*, RASAHOLIARISON F Nomena, RANDRIANASOLO R Odilon, RAZAFIMAHEFA Julien, ZODALY Noël, TEHINDRAZANARIVÉLO Alain D

*Interne des Hôpitaux en Neurologie, USFR Neurologie CHU-JRB

E-mail : rrsantatra@gmail.com

Introduction : Les AVC sont la survenue brutale de déficit neurologique focal présumé vasculaire. Ils constituent la première cause d'hospitalisation en neurologie, la première cause de handicap moteur acquis de l'adulte. Afin d'améliorer leur prise en charge, nous avons voulu savoir comment se présentent et évoluent les handicaps moteurs des patients atteints d'AVC dans notre service.

Méthodes : Une étude descriptive rétrospective fut effectuée au service de Neurologie HJRB de Janvier à Décembre 2015. Nous avons inclus tout patient ayant un AVC constitué avec déficit moteur du membre supérieur et ou inférieur, avec ou sans scanner cérébral, NIHSS à l'admission et à la sortie. Nous avons utilisé le logiciel épi-info 7 pour traiter les données.

Résultats : Deux cent vingt-sept (36,50%) sur 622 patients admis en neurologie avaient été retenus. L'âge moyen de survenue était de 55,41 ans avec une prédominance masculine. L'atteinte d'artère perforante (51,54%), la nature ischémique (36,12%) contre 29,96% hémorragiques et 33,92% de nature inconnus, la localisation droite du déficit (50,22%) prédominaient. Dans 77,53%, les AVC étaient pris en charge durant la phase aigüe avec une kinésithérapie dès l'admission. L'évolution des déficits moteurs restait stationnaire dans 67,84%, avec une médiane de NIHSS à 8 et MRS à 4 à la sortie de l'hôpital. On retrouvait 8,37% de décès. La durée du séjour hospitalier était de moins de 7jours dans 51,54%.

Conclusion : Actuellement, nous constatons une baisse de la mortalité hospitalière de l'AVC, mais le handicap moteur reste stationnaire. Ceci nous fait réfléchir sur l'intérêt de faire la thrombolyse à la phase aigüe, la mise en place de l'Unité Neuro-vasculaire (UNV) et le développement de toute la filière de prise en charge des AVC à la phase aiguë afin de limiter les handicaps .

MOTS CLES : Accident vasculaire cérébral, handicap, MRS, NIHSS, neurologie HJRB.



POSITIONNEMENT DU PATIENT ET HEMINEGLIGENCE

Anri-Louise OOSTHUIZEN

Ergothérapeute, Présidente de Growing the Nations Therapy Programmes

E-mail : anri.louise@gmail.com

La prise en charge de l'héminégligence présentée par les individus, suite à un accident vasculaire cérébral, peut déjà débiter à l'hôpital.

Le positionnement du patient au lit, son positionnement dans la chambre, l'approche du patient durant les soins infirmiers, la toilette, et l'emplacement des repas avec l'intention délibérée d'inclure le côté hémiparalysé, peuvent améliorer le pronostic du patient en limitant l'impact de l'héminégligence.

Notre présentation a pour objectif de promouvoir le bon positionnement et l'utilisation de protocoles de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral, présentant une héminégligence, et ce, à travers une bonne compréhension de ce qu'est l'héminégligence, son origine et son impact sur les activités de la vie quotidienne.

Des lignes directrices pratiques à inclure dans les protocoles de prise en charge des patients hospitalisés seront explicitées

MOTS CLES : Héminégligence, positionnement, protocoles hospitalier.

PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE DES PATIENTS POST-AVC

LES TROUBLES URINAIRES AU COURS DES HEMIPLEGIES VASCULAIRES

Dominique CENNI GERBAUD

Médecin spécialiste en MPR, DU d'urodynamique et de rééducation périnéale

L'alambic chemin du plan 04800 GREOUX LES BAINS, France

E-mail : gerbaud.dominique@wanadoo.fr

La présence de troubles urinaires à la phase initiale des hémiparalysies vasculaires est fréquente mais ne constitue pas en soi un critère pronostique défavorable. Par contre la pérennisation de ces troubles grève lourdement le pronostic fonctionnel, limitant l'autonomie et compliquant la réinsertion socio familiale.

Après un rappel anatomo physiologique de l'appareil vésico-sphinctérien, nous allons essayer de comprendre les mécanismes des troubles afin d'envisager leur prise en charge. La fréquence des troubles urinaires ne dépend pas de la localisation de la lésion cérébrale, ni de la topographie du déficit neurologique; par contre elle touche essentiellement les hémiparalysies graves avec déficit initial massif accompagné de troubles neuropsychologiques sévères.



Les aspects cliniques ne sont pas spécifiques. L'aspect le plus fréquent est une instabilité vésicale caractérisée par la survenue d'une contraction détrusorienne désinhibée responsable de fuites urinaires et le deuxième aspect est l'atonie vésicale avec hypoactivité du détrusor. L'infection urinaire est un élément aggravant des troubles. L'existence de pathologies urologiques pré existantes est également un facteur favorisant qu'il faudra rechercher et traiter.

La rééducation vésico-sphinctérienne s'intègre dans le programme du traitement de l'hémiplégie au même titre que la rééducation motrice. L'exploration uro dynamique permet d'évaluer le fonctionnement vésical; le calendrier mictionnel avec la mesure du résidu post mictionnel permettront de guider cette rééducation. Cette rééducation débutera dès l'ablation de la sonde urinaire à demeure. Il est évident que cette rééducation nécessitera la participation du patient, elle exclut ainsi les patients atteints de désordres neuro-psychiques importants.

MOTS CLES : Hémiplégie vasculaire, rééducation, trouble vésico-sphinctérien.

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE D'UNE HEMIPLEGIQUE ANCIENNE AU CRMM

RAFAMATANANTSOA Christian*, CHUPIN Solenne** , SAMSON David*

*Orthoprothésiste, Centre de Rééducation Motrice de Madagascar, Antsirabe

**Kinésithérapeute, Dar es salaam, Special Fund for the Disabled / International Committee of the Red Cross

*Kinésithérapeute, Centre de Rééducation Motrice de Madagascar, Antsirabe

E-mail : *christian.gasy@gmail.com

** sochupin@icrc.orgc

Contexte : Notre étude porte sur la rééducation d'une jeune patiente de dix-sept ans, hémiplégique gauche suite à un accident vasculaire cérébral négligé. Lors de notre prise en charge, nous nous situons onze ans après l'accident sans aucune rééducation faite par un personnel qualifié et la patiente est au centre de rééducation depuis un mois. L'enjeu d'une telle prise en charge sera de répondre à ses besoins actuels et futurs tout en respectant son contexte socio professionnel.

Objectif : Cette présentation a l'intention de montrer la possibilité, la manière dont un technicien et une kinésithérapeute peuvent et doivent travailler en synergie et en complémentarité en vue de l'obtention d'une marche la plus physiologique possible et ne nécessitant pas beaucoup de dépense énergétique.

Méthodes : Une évaluation clinique de la patiente a été effectuée en utilisant une fiche d'évaluation comprenant : l'interrogatoire (histoire de la maladie), la mesure des amplitudes articulaires, le testing musculaire, l'examen neurologique, l'analyse de la marche, la stabilité articulaire, la situation personnelle. Ceci a permis d'aboutir à une compréhension détaillée et précise des incapacités physiques et des désavantages sociaux engendrés par celles-ci, et nous a conduit à la prescription d'une part, d'une orthèse suro-pédieuse AFO pour servir de palliatif aux déficits musculaires avec contrôle au niveau de la cheville; et d'autre part, au niveau du membre supérieur, d'une attelle antebrachio-palmaire pour un port de nuit.



Cette prise en charge a été complétée par des mobilisations passives et actives avec un renforcement musculaire en utilisant des techniques spécifiques (Bobath, Kabat). Les séances d'apprentissages de la marche sont faites en présence du kinésithérapeute et du technicien orthoprothésiste pour la mise en place d'exercices spécifiques, l'analyse de l'amélioration de la marche avec l'orthèse et l'appui technique en cas de modifications. Les décisions sont prises en parfaite concertation et acceptation des deux corps de métier, validées par le médecin prescripteur tout au long du processus.

Résultats : L'orthèse suro-pédieuse a permis de positionner le pied en position neutre dans le plan frontal et en légère flexion dorsale évitant la spasticité. De plus, elle permet une répartition plus physiologique entre la phase d'appui et la phase oscillante. L'orthèse corrige l'équin et permet le passage du pas sans compensation pelvienne à la phase oscillante. Elle diminue la flexion plantaire à l'attaque du sol et le recurvatum du genou à la phase d'appui. L'activité musculaire du tibia antérieur diminue, créant ainsi un risque de dépendance à l'orthèse ; ceci est compensé par un renforcement musculaire engendrant la confiance dans la jambe atteinte. L'attelle brachio-palmaire a servi de contention nocturne qui a permis une mobilisation quotidienne pendant les séances de kinésithérapie.

Conclusion : Le travail en équipe réalisé pendant la prise en charge de cette patiente reflète bien l'importance de l'examen effectué ensemble et la réalisation des différents traitements, en parfaite complémentarité des deux corps de métiers qui ont su faire une approche personnalisée avec la patiente, pour aboutir à une marche avec assurance.

MOTS-CLES : Orthèse, pluridisciplinaire, rééducation.

ROLE DE L'ORTHOPHONISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

Richenda WRIGHT

Orthophoniste, Van Velden Hospital, Tzaneen, Limpopo, Afrique du Sud

E-mail: richendawright@gmail.com

Le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral est complexe et nécessite de considérer la personne dans son ensemble plutôt que les différents symptômes et déficiences. En tant que membre à part entière de l'équipe médicale et de réadaptation, l'orthophoniste est appelé à diagnostiquer et traiter les difficultés cognitives et de communication, ainsi que les troubles de la déglutition (dysphagie) retrouvés après un accident vasculaire cérébral.

L'évaluation sera toujours menée selon le cadre fourni par la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) en tenant compte de la mesure des gains fonctionnels obtenus après la prise en charge instaurée suite à l'AVC.



L'aphasie qui est une déficienc acquise du système cognitif touchant la compréhension et l'expression du langage, est le trouble cognitif et de communication le plus commun. La définition du type d'aphasie ainsi que l'identification des déficiences associées sont primordiales non seulement pour la rééducation, mais aussi pour trouver la meilleure méthode que le patient peut utiliser pour communiquer avec les membres de sa famille et les prestataires de soins.

Le syndrome de l'hémisphère droit est un phénomène commun après un AVC touchant l'hémisphère droit, et laissant environ 50% des cas avec des troubles de la communication nécessitant une rééducation.

La dysphagie est présente chez plus de 50% des patients post-AVC. Ceci justifie la nécessité cruciale d'une évaluation rapide, d'un diagnostic du type de dysphagie et d'interventions spécifiques avant qu'une hydratation, nutrition ou médication par voie orale puissent être données.

L'efficacité du traitement aussi bien de la dysphagie que des troubles du langage est bien documentée, prouvant l'évidence de l'inclusion de l'orthophoniste au sein de l'équipe de prise en charge de l'AVC à tous les niveaux du service.

MOTS CLES: Accident vasculaire cérébral, aphasie, déglutition, dysphagie, équipe multidisciplinaire, orthophoniste, troubles cognitifs et de la communication, syndrome de l'hémisphère droit.

LES HEMIPLEGIES VASCULAIRES VUES DANS LE SERVICE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE D'ANOSY AVARATRA

RASAHOBILALARANJALIVA*, Isabella FANOMEZANTSOA**, Tsirimboahangy Narinjaka RANDRIANAVISOA***

*Médecin Responsable du Service de Rééducation Fonctionnelle du CHRd d'Anosy Avaratra

**Kinésithérapeute du CHRd d'Anosy Avaratra

***Kinésithérapeute du CHRd d'Anosy Avaratra

E-mail : lecompteslegrand@gmail.com

Depuis l'ouverture du Service de Rééducation Fonctionnelle dans le CHRd d'Anosy Avaratra, l'effectif des patients n'a cessé d'augmenter grâce à la collaboration avec les autorités locales et les agents communautaires, aux références des Centres de Santé de Base et des autres services de rééducation partenaires, et à l'accessibilité du service situé à proximité de la route nationale.

Notre objectif est de mettre en valeur la contribution que peut apporter un service de rééducation fonctionnelle de niveau district, intermédiaire, à la prise en charge des patients hémiplegiques.



D'après l'étude rétrospective des données enregistrées dans notre Service de Rééducation Fonctionnelle durant les trois dernières années, nous avons identifié 65 patients hémiplegiques dont 31 femmes et 34 hommes, âgés de 30 ans à 84 ans, sur les 1348 patients, soit 4,82%. L'hémiplegie occupe ainsi la quatrième place après les affections respiratoires, rhumatologiques et traumatiques. Soixante-quinze pour cent des patients hémiplegiques sont des gens actifs tels que chauffeurs, agriculteurs, commerçants... Les hommes sont le plus souvent éthylo-tabagiques avec une alimentation non équilibrée et les femmes accusent souvent des problèmes socio-affectifs et conjugaux. Les déficits moteurs de l'hémicorps atteint affectant la fonction de préhension et la marche sont souvent associés aux troubles du langage, à la paralysie faciale, et au trouble de l'équilibre nécessitant ainsi une prise en charge en rééducation fonctionnelle et des conseils avisés.

L'hémiplegie constitue un motif de fréquentation fréquent de notre service. Certains patients sont très jeunes. La prise en charge du patient hémiplegique aussi bien dans le service qu'à domicile joue un rôle majeur dans la récupération de l'autonomie.

La Réadaptation à Base Communautaire facilite cette prise en charge et le suivi à plus ou moins long terme. Il est important de renforcer la collaboration avec les patients hémiplegiques et leur famille ainsi que les Agents de Réadaptation à Base Communautaire (ARBC) en matière de suivi à domicile.

MOTS CLES : Autonomie, Hémiplegie, Réadaptation à Base Communautaires, Rééducation Fonctionnelle, Suivi.

QUALITE DE VIE

ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS HEMIPLEGIQUES VASCULAIRES VUS DANS LE SERVICE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE DE CHUJRA

RAHARINANTENAINA H. A.* - RAKOTONIRAINY J. J. R. - RANAIVONDRAMBOLA A. T.
- RAONINAH F. H. - RAKOTOVAO E. - SOLOFOMALALA G. D.

*Interne des Hôpitaux en Médecine Physique et de Réadaptation, Rééducation Fonctionnelle CHU-JRA
E-mail : andra_rh2000@yahoo.fr

Introduction : L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une pathologie fréquente et engendre un risque majeur de séquelles fonctionnelles. La rééducation tient une place prépondérante dans la prise en charge de ces patients.

Notre étude a pour but de déterminer l'aspect épidémiologique - clinique des patients ayant présenté un AVC, vus dans le Service de Rééducation Fonctionnelle du CHUJRA d'Antananarivo.



Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive sur une durée de 3 ans allant du 01 Janvier 2013 au 31 Décembre 2015 incluant tous les patients venus en consultation pour AVC dans le Service de Rééducation Fonctionnelle de CHUJRA.

Résultats : Nous avons retenu 129 patients parmi les 3600 colligés. La fréquence des AVC était de 3,58 % avec prédominance masculine et le sex ratio était de 1,22. L'âge moyen était de 58,98 ans. Nous avons noté que 16,27 % sont venus en consultation un mois après l'installation de l'AVC tandis que 5,42% ne sont venus que 5 ans après. Les 81,39% des patients étaient hypertendus. Les patients présentaient encore des déficiences où prédominaient une hémiparésie dans 54,26% des cas et un trouble de la marche dans 93,79%. Les 5,42% avaient aussi présenté des troubles de la communication.

Nous avons pu évaluer que 93,79% ont bénéficié d'au moins 10 séances de rééducation et 47,28% auraient eu une amélioration clinique mais aucune échelle n'a pas été établie pour l'évaluation du niveau de la récupération fonctionnelle.

Conclusion : Le taux des patients post-AVC fréquentant le Service de Rééducation Fonctionnelle était assez bas. Il est donc nécessaire de sensibiliser les personnels de santé de l'importance de la rééducation post-AVC afin de réduire le handicap invalidant causé par cette pathologie. Mais il est également important d'instituer au sein des services une évaluation fonctionnelle systématique basée sur des échelles validées pour mieux appréhender la qualité de vie des patients.

MOTS CLES : AVC – échelle – évolution – rééducation fonctionnelle.

ECHELLES D'ÉVALUATION DES AVC

RAONINAH F.H*.-RANDRIANARISONA S.**

*Interne en Médecine Physique et de Réadaptation, CHU-AM

**Médecin de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

E-mail : onyhanitra@gmail.com

Les échelles d'évaluation sont des instruments qui permettent d'évaluer au plan clinique et fonctionnel, une déficience motrice, cognitive ou psychique, une limitation d'activité, ou une restriction de participation. Elles sont particulièrement indispensables dans la prise en charge des AVC, non seulement à la phase précoce mais également au cours du traitement à long terme. En effet, elles permettent de déterminer avec précision le degré de sévérité des déficiences engendrées par l'AVC, et d'évaluer les capacités fonctionnelles.

Notre objectif est de décrire les principales échelles génériques ou spécifiques validées, et les techniques instrumentales devant être utilisées en pratique courante chez un hémiplégique vasculaire.



Pour ce faire, il existe de nombreuses échelles d'évaluation, mais nous allons nous intéresser plus particulièrement sur les scores : GCS (Glasgow Coma Scale), Index moteur de Demeurisse, Trunk Control Test, NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), mRS (modified Rankin Scale), EVA (Echelle Visuelle Analogique), Index de Barthel, MIF (Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle), HADRS (Hamilton Depression Rating Scale), GDS (Geriatric Depression Scale), MOSSF-36 (Medical Outcome Study Short Form-36). La majorité d'entre elles sont recommandées par le Cofemer en 2009 pour être utilisées en Médecine Physique et de Réadaptation et les autres sont choisies pour des raisons pratiques.

En effet, il est important d'évaluer périodiquement l'état du patient afin de mener à bien le traitement, d'établir le pronostic vital et fonctionnel mais aussi de suivre objectivement l'évolution, l'aptitude de l'individu à accomplir les actes de la vie quotidienne, et au-delà d'apprécier sa qualité de vie.

MOTS CLES : Actes de la vie quotidienne, AVC, déficiences, échelles d'évaluation, pronostic, suivi.

IMPACT DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL SUR LA PERFORMANCE DU RÔLE DE L'INDIVIDU DANS LA FAMILLE ET AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ

Anri-Louise OOSTHUIZEN

Ergothérapeute, Présidente de Growing the Nations Therapy Programmes

E-mail : anri.louise@gmail.com

Chacun d'entre nous remplit des rôles différents tout au long de sa vie en tant que mère, mari, travailleur, ami, etc...Les activités que nous exécutons sont étroitement liées à ces rôles, et le fait de pouvoir accomplir de façon satisfaisante les tâches dévolues à ces rôles contribue énormément à la santé et au bien-être de l'individu.

L'exécution de ces rôles sous-entend non seulement des attentes que nous exigeons de nous mêmes, mais également des attentes que les autres placent en nous. Ces rôles sont sociaux, mais dépendent d'un bon fonctionnement de l'organisme. La survenue d'un accident vasculaire cérébral peut perturber la performance de l'individu à accomplir ses rôles en raison des limitations d'activité et restrictions de participation secondaires aux déficiences physiques et mentales. Cette agression interne a un impact socio-émotionnel et social.

Notre présentation vise à mettre en évidence l'impact de l'accident vasculaire cérébral sur la performance du rôle de l'individu, et ce, en démontrant la relation qui existe entre la fonction de l'organisme, l'activité et la participation, et l'impact sur la performance à accomplir un rôle en termes de satisfaction et qualité de vie.

MOTS CLES : Activité, fonctions de l'organisme, performance, rôle, satisfaction, qualité de vie.



QUALITE DE VIE DES PATIENTS HEMIPLEGIQUES VASCULAIRES AYANT ETE HOSPITALISES DANS LE SERVICE DE NEUROLOGIE DU CHU-JRB D'ANTANANARIVO

RAONINAH F H*, RAHARINANTENAINA H A, RANAIVONDRAMBOLA A T,
RAZAFIMAHEFA J, TEHINDRAZANARIVELO A D, SOLOFOMALALA G D

*Interne des Hôpitaux en Médecine Physique et de Réadaptation, CHU-AM

E-mail : onyhanitra@gmail.com

Introduction : L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un problème majeur de santé publique. Il laisse de nombreux individus avec des incapacités physiques, cognitives et émotives de degré variable.

Notre objectif était d'évaluer le handicap après un AVC et son impact sur la qualité de vie des patients.

Méthodes : Nous avons repris les dossiers des 185 patients AVC hospitalisés au Service de Neurologie Befelatanana de Février à Décembre 2015. Ont été inclus les patients en vie, ayant un contact téléphonique. Les paramètres analysés étaient les données sociodémographiques, le mécanisme de l'AVC, la mRS initiale. L'autonomie a été explorée par la mRS et l'index de Barthel, le statut psychologique par l'échelle GDS. La qualité de vie a été évaluée par l'échelle SF-36.

Résultats : Quarante patients étaient retenus dont l'âge moyen était de 56 ,9 ans avec une prédominance masculine (55%). Seuls 10% ont repris leur emploi après l'hospitalisation. L'autonomie des patients a progressé après la sortie avec une mRS moyenne de 1,57 contre une mRS initiale de 3,45. La limitation des actes de la vie quotidienne et la présence de douleurs figuraient parmi les concepts de qualité de vie les plus touchés. La GDS moyenne des patients était de 6,68 correspondants à l'absence de dépression.

Conclusion : La qualité de vie des patients post-AVC est altérée notamment sur le plan physique. L'amélioration de leur capacité fonctionnelle permettrait aux patients une meilleure réinsertion sociale.

MOTS CLES : Accident vasculaire cérébral, patient, qualité de vie



LE PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE ET LA QUALITE DE VIE DES AIDANTS DES PATIENTS VICTIMES D'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL HOSPITALISES DANS LE SERVICE DE NEUROLOGIE DU CHU – JRB D'ANTANANARIVO

RANAIVONDRAMBOLA A T*, RAHARINANTENAINA H A, RAONINAH F H T, RAZAFIMAHEFA J, TEHINDRAZANARIVELO A D, SOLOFOMALALA GD

*Interne des Hôpitaux en Médecine Physique et de Réadaptation, USFR Neurologie CHU-JRB

E-mail: dr.andotatiana@gmail.com

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un problème majeur de santé publique et constitue la deuxième cause de handicap chez l'adulte. Les patients victimes d'AVC présentent dans 40% des cas des séquelles invalidantes, nécessitant ainsi une aide.

L'objectif de ce travail est de déterminer l'aspect socio-démographique des aidants des patients victimes d'AVC et d'évaluer leur qualité de vie.

Une étude prospective descriptive des aidants des patients ayant été hospitalisés dans le Service de Neurologie du CHU - HJRB du 01 février 2015 au 30 Novembre 2015 a été réalisée. Ont été étudiés les paramètres socio-démographiques et les scores de dépression et de qualité de vie après entretien avec ces aidants.

Parmi les 112 aidants inclus, 40 ont pu être contactés dont 1 non-consentant. Les aidants principaux des patients victimes d'AVC étaient constitués dans 79,49% des cas de femmes et concernaient dans 43,59% des cas les conjoints des patients. L'âge moyen était de 51,15. Ils étaient d'un niveau scolaire secondaire dans 53,85% des cas. Deux aidants soit 5,13% ont dû arrêter de travailler pour s'occuper du patient. Un aidant a divorcé dans les suites d'hospitalisation du patient. Les problèmes rencontrés par ces aidants étaient surtout d'ordre pécunier. Huit aidants présentaient une dépression légère.

L'établissement de Service de Soins de Suite en Réadaptation Neurologique pour les patients victimes d'AVC après hospitalisation, la création d'association des patients victimes d'AVC et de leurs aidants pour une éducation thérapeutique et un soutien psychologique, sont les solutions à adopter pour améliorer la situation.

MOTS CLES : Accident vasculaire cérébral – Aidant – Qualité de vie



RESUMES DES POSTERS

EVOLUTION DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE DE J1 à J5 AU COURS D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL AU SERVICE DE NEUROLOGIE HJRB

RAZAFINDRASATA R Santatra*, RANDRIANASOLO R Odilon, RASAHOLIARISON F Nomena, RAZAKAHARIMANANA R Hasina, RAZAFIMAHEFA Julien, ZODALY Noël, TEHINDRAZANARIVELO Alain D
*Interne des Hôpitaux en Neurologie, USFR Neurologie CHU-JRB
E-mail : rrsantatra@gmail.com

Introduction : L'HTA constitue le principal facteur de risque de complication vasculaire. Elle représente environ 50% du risque de survenue des AVC. Elle est fréquente au cours de la phase aiguë de l'AVC nécessitant une surveillance et une prise en charge en unité neuro-vasculaire (UNV). Afin d'optimiser cette prise en charge, nous avons voulu savoir comment évolue l'HTA au cours de la phase aiguë des AVC dans notre service.

Méthodes : Une étude descriptive rétrospective fut effectuée au service de Neurologie HJRB entre Avril et Juin 2015. Nous avons inclus tout patient ayant un déficit neurologique brutal avec ou sans scanner, et une TAS > 150 mmHg et/ou TAD > 100 mmHg dès J1. Les tensions artérielles de J1 à J5 ont été recueillies. Nous avons utilisé le logiciel epi-info 7 pour traiter les données.

Résultats : Trente sept patients (49,33%) étaient hypertendus dès J1 sur les 75 AVC admis durant ces 3 mois. L'âge moyen de survenue était de 57,75 ans avec une prédominance des femmes et des AVC ischémiques (43,24%) suivis des AVC récurrents (18,92%). Parmi ces 37 patients, 89,19% sont des hypertendus connus, 13,51% sont décédés avant J5, et 78,38% avaient des fluctuations tensionnelles au cours de la journée. La pression artérielle moyenne était élevée surtout durant les 3-4 premiers jours, et commence à diminuer à partir du 5ème jour avec une PAM à 114 mmHg.

Conclusion : L'HTA au cours de la phase aiguë de l'AVC est fréquente, prévisible, grave, fluctuante dans la journée, élevée au cours des 3-4 premiers jours avant de baisser à partir de J5. Dans notre pratique, un protocole dit « Loxen » est institué au cas où la PAM dépasse 140 mmHg. Un contrôle régulier au long cours et une prise en charge personnalisée sont nécessaires aussi bien avant que durant l'AVC afin d'éviter des complications graves.

MOTS CLES : Accident vasculaire cérébral, hypertension artérielle, phase aiguë, neurologie HJRB



FREQUENCE ET CARACTERISTIQUES DES AVC IMPLIQUANT LES ARTERES PERFORANTES

Nomena Finiavana RASAHOLIARISON*, Jenny Larissa RAKOTOMANANA, Santatra Ratsitohara RAZAFINDRASATA, Odilon RAHAMEFY RANDRIANASOLO, Julien RAZAFIMAHEFA, Noël ZODALY, Alain Djacoba TEHINDRAZANARIVELO

*Interne des Hôpitaux en Neurologie, USFR Neurologie CHU-JRB

E-mail : noux_aux@yahoo.com

Introduction : Les Accidents Vasculaires Cérébraux des branches profondes des artères cérébrales sont surtout des artériopathies. Ils évoluent vers la démence et la récurrence. Pour mieux prévenir la survenue de ces complications notre étude a pour but d'évaluer la fréquence et les caractéristiques des AVC des artères perforantes.

Méthodes : Une étude descriptive retrospective longitudinale du 01 mars au 25 septembre 2015 fut menée au service de Neurologie CHU-JRB. Ont été inclus les patients présentant un déficit neurologique brutal et un scanner cérébral avec atteinte du territoire profond. Leurs caractéristiques ont été recueillies.

Les données étaient traitées sur le logiciel Excel.

Résultats : Quatre vingt trois patients sur 172 AVC (48,25%) avaient des AVC des artères perforantes, avec une population jeune (65,06% âgés de moins de 65 ans), à prédominance masculine (61,44%) et des AVC hémorragiques (67,46%). Trente et un patients (37,34%) ont présenté des récurrences et presque le quart (38,70%) d'entre eux avaient 2 récurrences en moins d'un an. La mortalité était de 6,02%. Mais tous les patients avaient un trouble dysexécutif et une mauvaise observance thérapeutique d'anti-hypertenseur au moment de la récurrence.

Conclusion : Les AVC impliquant les artères perforantes touchent les hommes jeunes, sont fréquents, souvent hémorragiques, récurrents et négligés car peu mortels mais handicapants. Un suivi spécifique en neurologie et en cardiologie est recommandé dès le premier accident vasculaire cérébral d'artère perforante pour dépister un début de démence et prévenir les récurrences.

MOTS CLES: Accident Vasculaire Cérébral, artères perforantes, démence, neurologie CHUJRB, récurrence.



LES FACTEURS POUVANT INFLUENCER LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS D'AVC DANS UN SERVICE DE READAPTATION FONCTIONNELLE

ANDRIAMASINORO M.B. * - CHAMBERLAIN M.A. **

(*)Service d'Appareillage et de Rééducation CHU PZAGA MAHAJANGA

(**) Professor Emeritus Rehabilitation Medicine – Leeds Teaching Hospital University of Leeds, Great Britain

E-mail : bodonirina13@yahoo.fr

Introduction : L'accident vasculaire cérébral (AVC) est la cause d'un handicap physique acquis chez l'adulte allant d'une incapacité mineure jusqu'à l'invalidité, amenant les individus atteints à fréquenter les services de réadaptation pour une longue période. De la qualité de la prise en charge dépendra la réinsertion sociale du patient après AVC. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs pouvant influencer la qualité de cette PEC, selon la perception des kinésithérapeutes et des patients.

Méthodes : Etude qualitative prospective réalisée entre Mars 2013 et Août 2013 par des questionnaires semi-ouvertes délivrés aux patients ayant présenté un AVC, référés au Service d'Appareillage et de Rééducation du CHU Mahajanga d'une part, et aux 6 kinésithérapeutes du Service d'autre part. Deux questions concernant les problèmes sociaux, les problèmes financiers éventuellement rencontrés, et une relative à une éventuelle mauvaise prise en charge de la part du personnel ont été posées aux patients. Deux questions concernant les problèmes rencontrés ne permettant pas une prise en charge correcte des patients et les suggestions d'amélioration étaient posées aux kinésithérapeutes.

Résultats : Nous avons recruté 32 patients. L'éloignement et la rareté du service, les barrières environnementales, le mauvais accueil, la longue attente, les problèmes socio-financiers, le manque de soutien familial, étaient les contraintes vécues par les patients, entraînant l'abandon de leur traitement. Leur réinsertion a également été rendue difficile du fait de l'attitude de l'entourage et des employeurs à leur égard. Concernant les contraintes vécues par les kinésithérapeutes ont été cités : des facteurs personnels, des facteurs géographiques, des facteurs liés aux patients et à leurs familles, des facteurs liés à la pathologie et à la prise en charge, l'inadéquation du plateau technique et la surcharge de travail.

Des études similaires à la nôtre ont été relevées dans les pays africains comme le Rwanda (MUSANZE).

Conclusion : L'existence d'une équipe pluridisciplinaire compétente et complète en réadaptation, la conscience professionnelle du personnel et un audit périodique du Service, le renforcement continu de compétences, l'amélioration des plateaux techniques, l'implication de la famille, des employeurs, des autorités locales, la réadaptation à niveau communautaire pour assurer la continuité des soins, sont très importants pour assurer la qualité de réadaptation de ces patients atteints d'AVC. Des études plus approfondies sur ces facteurs identifiés seraient à considérer.

MOTS CLES : AVC - Pays en développement - Qualité de prise en charge – Réadaptation



L'EQUIPE DE FORMATEURS

Anne Chamberlain



Anne Chamberlain is a professor of Rehabilitation Medicine in the University of Leeds who has worked in Leeds in the Health Service for 30 years. She founded the Rehabilitation Medicine services there. Over time they have expanded greatly and now include acute rehabilitation, post-acute inpatient rehabilitation and specialist community services. She also founded the Academic Department of Rehabilitation Medicine in the University of Leeds in 1988. She was previously President of the British Society of Rehabilitation Medicine and, later, The European Academy of Rehabilitation Medicine. She has won prizes for innovative practice and research and has published many papers. In 2007 she became an Emeritus professor.

Since 2005 she has been Co- Director of Opt in (Overseas Partnership and Training Initiative) a charity within the Leeds Teaching Hospitals Trust which has led several health training programmes in low resource countries.

One of her greatest pleasures has been to work with Dr Sonia Andrianabela and the new Association of PRM in Madagascar to produce rehabilitation training programmes which will improve things for many people with disabilities across the country.

Dominique Cenni Gerbaud



J'ai commencé mes études de médecine à Antananarivo, puis j'ai continué à Paris, Hôpital Cochin. J'ai ensuite fait le CES de Rééducation à la Faculté de médecine de Marseille. Je me suis installée en libéral à Greoux Les Bains où j'ai pratiqué la médecine thermale. J'ai ensuite fait un DU de rééducation périnéale, puis un DU d'uro-dynamique à Paris -Salpêtrière avec le Pr Perrigot, puis un DIU de Sexologie. J'ai alors pratiqué la rééducation périnéale et les explorations uro-dynamiques dans un cabinet privé à Manosque. J'ai passé ensuite le concours de praticien hospitalier et j'ai alors occupé un poste de Chef de service dans un SSR service de soins de suite spécialisé en orthopédie et neurologie.

Je suis actuellement retraitée depuis quelques mois. Je fais des missions médicales tous les ans depuis 8 ans avec l'association VATOSOJA au CHRR d'AMBATONDRAZAKA.



Anri-Louise Oosthuizen

Anri-Louise Oosthuizen holds a Bachelors' Degree in Occupational Therapy, a Master's degree in early Intervention for severe Disability, and a Certificate in sensory Integration (SAISI). She first qualified in 2001, and has worked in community development ever since. She moved to Madagascar in 2009 and is the President of Growing the Nations Therapy Programmes, an NGO that works closely with national bodies in establishing occupational therapy in Madagascar.

Richenda Wright



Studied BCommunication Pathology: Speech-Language Pathology at the University of Pretoria in South Africa and completed a research thesis for an Honours degree in 2014. Research was based on English second language learners and fostered a love for working in multilingual and multicultural environments. Started working at Kgapane Hospital in rural Limpopo province in 2015, moved to Van Velden Hospital in 2016 where work continues in the diagnosis and treatment of a wide variety of speech, language, communication and swallowing disorders in a heterogeneous population.

Stephen Halpin



I am a Specialty Registrar in Rehabilitation Medicine working in Leeds Teaching Hospitals in the north of England. I have a longstanding interest in global health and has spent time in research and clinical work in Nepal, Sierra Leone and The Gambia. I have a BSc in International Health and a Diploma in Tropical Medicine and Hygiene. I am particularly interested in improving health and participation in lower resource settings. This is my first visit to Madagascar.



LES MEMBRES DU COMITE SCIENTIFIQUE

- Professeur RABEARIVONY Nirina
- Professeur CHAMBERLAIN Anne
- Docteur ANDRIANABELA Sonia
- Docteur RAZAFIMAHEFA Julien
- Docteur RAMAHENINA Harisoanirina
- Docteur RAONINAH F. Hanitriniony

Confiez-nous

vos tirages professionnels

Carte de visite, dépliant, flyers, affiche,
carnet d'ordonnance avec en-tête,
enveloppe en-tête, bloc note personnalisé

Tous travaux de papeterie médicale

Sans nombre de tirages minimum
Conception gratuite*

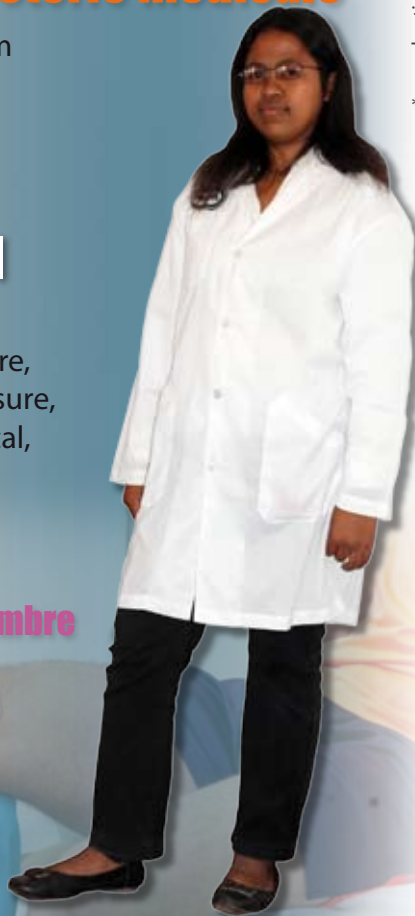
Et aussi la confection de vos :

Vêtements de travail et tenues professionnelles

Blouse médicale, blouse laboratoire,
blouse chirurgicale, couvre chaussure,
chasuble, coiffe, masque chirurgical,
tablier divers.

Literie d'hôpital et autres accessoires de chambre

Drap, couvre lit, drap housse,
couverture, taies d'oreiller,
drap de bain, rideaux,
gant de toilette, nappe et
serviettes de table.



* pour les tirages de 100 exemplaires ou plus



FLM Akanin'ny Marenina 67Ha
Centre de Compétence pour les Sourds
Tel.020 22 287 99
akamapro2014@gmail.com



ICRC Special Fund for the *Disabled*



Overseas Partnering and Training Initiative

