

Complications tardives de l'AVC

Complications tardives de l'AVC

La spasticité

■ *D. Ben Smail**

Il s'agit d'une augmentation du tonus musculaire. La spasticité se traduit cliniquement par une raideur et une difficulté à la mobilisation des articulations. Elle survient après une lésion des zones du cerveau qui contrôlent la motricité. C'est pourquoi elle est le plus souvent associée à une réduction de la force motrice et à une difficulté à faire un mouvement très précis. Les réflexes ostéo-tendineux recherchés avec le marteau à réflexe sont souvent très vifs. Elle se manifeste le plus souvent dans un délai de quelques jours ou semaines après l'hémiplégie. Parfois, cependant, elle apparaît précocement. En général, cette spasticité augmente progressivement avec le temps, puis finit par se stabiliser après 3 à 4 mois.

À QUOI EST LIÉE CETTE RAIDEUR ?

Lorsque les zones du cerveau contrôlant la motricité sont lésées par un infarctus ou un hématome, elles ne contrôlent plus suffisamment bien la moelle épinière, qui se met à fonctionner de manière indépendante. Un nombre très important d'influx nerveux sont envoyés de la moelle vers les muscles, qui se contractent de manière exagérée, ce qui explique la raideur lorsque l'on tente de mobiliser les articulations. Ces contractions sont totalement indépendantes de la volonté du patient, car le cerveau ne les contrôle pas.

Il existe des situations où cette raideur peut s'aggraver : escarres cutanées, infections, ongle incarné, ou plus généralement toute "agression" de l'organisme.

La spasticité varie au cours de la journée. Elle est souvent plus importante le matin au réveil. Elle s'aggrave lorsqu'un effort est réalisé ou

lors d'émotions. Son intensité est très variable, pouvant aller d'une simple augmentation de la raideur lors de la marche, par exemple, jusqu'au blocage total d'une articulation dans une position, sans possibilité de mobilisation de celle-ci.

La spasticité peut avoir plusieurs conséquences :

- elle peut **gêner la marche** en entraînant la déformation de certaines articulations telles que la cheville ;
- elle peut **perturber les mouvements des membres supérieurs** et, par conséquent, la fonction de ces membres (préhension) ;
- elle peut entraîner des **douleurs** consécutives à des contractures musculaires ;
- elle peut provoquer des **rétractions musculaires** ; celles-ci vont se produire lorsqu'une articulation reste figée dans une certaine position pendant plusieurs semaines ou mois en raison de la raideur. Cette rétraction induira une limitation des amplitudes articulaires.

* Service de rééducation neurologique (A. Busse), hôpital Raymond-Poincaré, Garches.

TRAITEMENTS DE LA SPASTICITÉ

◆ Traitements de première intention : **traitement par voie orale** (Liorésal®, Dantrium®, Neurontin®, etc.). Leur efficacité est correcte dans les spasticités modérées, mais insuffisante dans les spasticités sévères, diffuses ou focales.

◆ Traitement de la spasticité localisée à un groupe musculaire : le traitement le plus adapté dans ce cas est la **toxine botulique**. Elle n'est indiquée que lorsque la spasticité gêne une fonction particulière. Elle agit sur la raideur en paralysant partiellement le muscle. Son effet dure environ trois mois et est totalement réversible. En cas d'efficacité, plusieurs injections successives peuvent être pratiquées.

◆ Traitement de la spasticité diffuse : dans de rares cas de raideur très importante ou trop diffuse pour pouvoir être traitée par la toxine botulique ou les médicaments par voie orale, on peut proposer un traitement **par pompe à Liorésal®** injecté directement dans le liquide

céphalo-rachidien, à l'intérieur des méninges, dans la région lombaire. C'est le traitement le plus puissant de la spasticité.

◆ La chirurgie : dans le cas d'une spasticité gênante qui touche un groupe musculaire, la raideur peut être réduite en coupant une partie du nerf destiné à ces muscles. L'intervention s'appelle une **neurotomie** fasciculaire.

QUAND TRAITER LA SPASTICITÉ ?

Il n'est pas toujours utile de réduire la spasticité. En effet, lorsque le déficit moteur est très important, elle peut être indispensable pour marcher. Si l'on réduit trop cette raideur, le patient qui n'a pas une bonne force motrice peut ne plus pouvoir marcher, la raideur l'aidant à tenir debout. Par conséquent, on ne traite que les **spasticités qui sont gênantes fonctionnellement** (marche, par exemple) ou qui sont susceptibles de provoquer des complications (douleurs, rétractions musculaires, etc.).