

Installation de l'hémiplégique à la phase aiguë

A. Yelnik, service de rééducation et de réadaptation fonctionnelles,
groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal, Paris.

L'installation et la mobilisation de l'hémiplégique doivent permettre d'éviter la survenue de complications grevant le pronostic, parfois vital, toujours fonctionnel : escarres, douleurs, enraidissements articulaires en particulier.

Fiche à détacher et à archiver

Prévenir les escarres

Le risque d'escarres est réel et grave tant qu'existent des troubles de vigilance ; il dépend ensuite du degré de déficit moteur et sensitif. Pour le prévenir, il faut veiller à deux précautions principales : la qualité du matelas et la pratique des changements de position.

Le matelas : on utilise soit un matelas en gaufrier de mousse bultex type "cliniplot" soit, un surmatelas à air à gros boudins.

Les changements de position : l'équipe soignante doit pratiquer des changements de position, ou "retournements", toutes les trois heures utilisant le décubitus dorsal, le décubitus latéral du côté sain et parfois le décubitus latéral partiel du côté hémiplégique (voir postures ci-après).

Prévenir l'algodystrophie

L'algodystrophie du membre supérieur, ou syndrome épaule-main, est une complication fréquente (40 à 70 % selon les auteurs). Elle est redoutée pour les douleurs et les limitations articulaires qu'elle entraîne. Une luxation inférieure gléno-humérale, souvent présente, aggrave le risque d'algodystrophie. Le traitement préventif à la phase aiguë est essentiel et efficace. Certaines études ont montré que le taux d'algodystrophie est inférieur dans les services expérimentés de neurologie et de rééducation, par rapport aux services généraux. Il faut :

- interdire tout mouvement de traction sur le bras paralysé, que ce soit par les soignants, y compris les médecins, ou l'entourage familial. Ces mouvements interdits risquent d'être effectués lors de l'aide apportée pour l'habillage, la toilette, les levers, les retournements, etc.; tous ces soins doivent être effectués par deux personnes, afin que jamais le membre supérieur hémiplégique ne soit soumis à une traction dans l'axe ou à tout mouvement brutal ;
- une bonne installation au lit et au fauteuil (voir postures ci-après).

Prévenir les troubles orthopédiques

Ceux-ci sont liés à l'enraidissement articulaire, en particulier postalgodystrophique, et/ou aux rétractions musculotendineuses, en particulier aggravées par la spasticité. La kinésithérapie quotidienne, exerçant des mobilisations passives, prudentes, est l'élément majeur de prévention. Les postures, par la bonne installation, en sont le complément indispensable.

- **Épaule :** risque de perte de la rotation externe et limitation de l'abduction.
- **Coude :** risque d'enraidissement en flexion lié à la spasticité des fléchisseurs.
- **Poignet et doigts :** risque d'enraidissement en flexion des doigts lié à l'hypertonie spastique, parfois en extension lié à l'algodystrophie.

Installation de l'hémiplégique à la phase aiguë

- **Hanche** : risque d'enraidissement en rotation externe lié au tonus spontané, aggravé par la spasticité des rotateurs externes et à la chute latérale du membre inférieur en décubitus dorsal ; risque de gêne à la station assise et surtout à la marche.
- **Genou** : risque de rétraction des fléchisseurs, essentiellement en cas d'hémiplégie sévère avec réflexe de défense ; il peut alors imposer, très rarement, une immobilisation en extension par attelle.
- **Cheville** : risque majeur chez tous les patients de rétraction du triceps paralysé, ainsi que risque de rétraction partielle du côté sain. Le simple poids des draps sur le pied paralysé est une menace. La spasticité du triceps est aggravante. L'immense majorité des hémiplégiques ayant survécu à la phase aiguë doit pouvoir faire au moins quelques pas ; la rétraction du triceps a un retentissement fonctionnel majeur.

Prévenir les thromboses veineuses profondes

À la période aiguë, le risque de thrombose veineuse profonde des membres inférieurs est majeur : le port de bas de contention 24 heures sur 24 est indispensable, associé au traitement anticoagulant préventif pour risque élevé à dose forte (Fraxiparine® 0,6 ml/jour, Lovenox® 40 mg/jour). Les mobilisations effectuées par le kinésithérapeute n'ont aucun rôle préventif. Les massages sont interdits.

Postures au lit

- **En décubitus dorsal** : le membre supérieur est légèrement surélevé en antépulsion par un oreiller, voire une gouttière en mousse spécialement confectionnée, épaule en rotation interne, coude en demi-flexion, paume tournée vers le lit et doigts en extension indifférente ; ces postures peuvent être alternées avec : épaule en légère abduction et rotation externe, coude en extension ; membre inférieur en rectitude, avec un traversin le long du bord externe du membre inférieur, possibilité d'alterner dans la journée avec demi-flexion de genou sur un coussin ; le pied est maintenu en dorsiflexion indifférente par un traversin qui, de plus, soulage le poids des draps et des couvertures ; à défaut de traversin, installer un cerceau.
- **En décubitus latéral côté sain** : le membre supérieur repose sur des coussins, en extension ou en légère demi-flexion, paume tournée vers le lit. Le membre inférieur repose en demi-flexion sur un coussin, qui permet d'éviter la chute en rotation interne adduction de hanche.
- **En décubitus latéral du côté hémiplégique** : celui-ci n'est guère recommandé en phase tout à fait initiale, lors de trouble de vigilance ou lorsque les troubles sensitifs sont très importants, mais peut être utilisé pour des périodes courtes et progressivement plus longues ; le membre supérieur est positionné en légère antépulsion et extension ; le membre inférieur en extension de hanche flexion de genou.

Installation au fauteuil

Dès que possible, il est souhaitable que le patient puisse profiter de l'installation au fauteuil, mais au début, celle-ci doit être de courte durée en raison de la fatigue et des mauvaises positions qui risquent d'être prises. Le membre supérieur est posé en appui sur un coussin, bras en légère antépulsion, coude en demi-flexion, main à plat, paume tournée vers le sol. On peut accepter que l'épaule soit en légère rotation interne.