

SEP et spasticité

13 Juin 2015

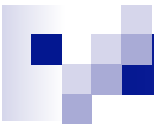
Ecole de la SEP Réseau RA

Mme Andrée Gibelin

Dr M. Kandel

Centre médical Germaine Revel

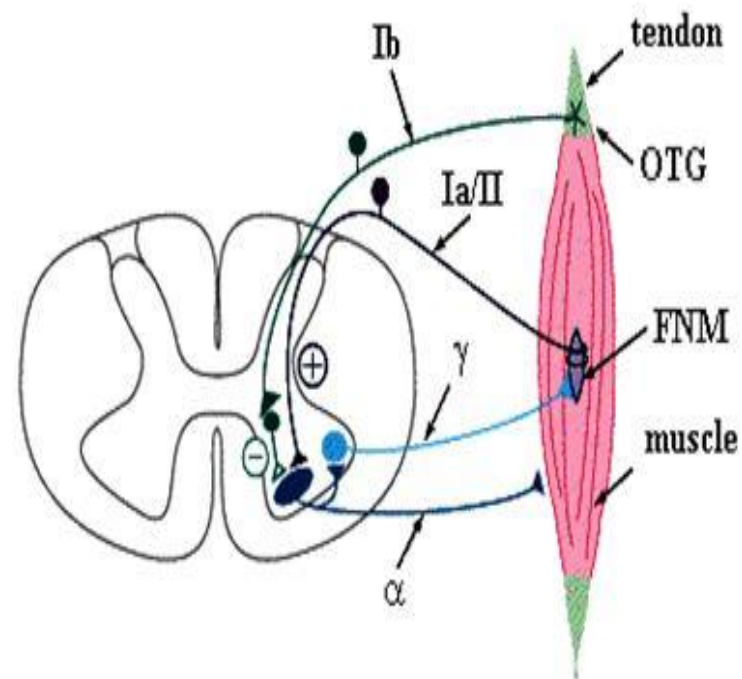




Définition

- Lance 1980 :
 - Désordre moteur caractérisé par une augmentation vitesse dépendante du réflexe tonique d'étirement et par une augmentation des réflexes ostéotendineux, résultant d'une hyperexcitabilité du réflexe d'étirement dans le cadre d'un syndrome pyramidal

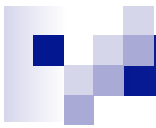
Physiopathologie





Physiopathologie

- Modification des propriétés contractiles des fibres musculaires
 - Atrophie
 - Diminution du nombre de sarcomères, raccourcissement du muscle - > augmentation de la réponse des fuseaux à l'étirement
 - Modification des propriétés élastiques du muscle par augmentation du tissu collagène



Spasticité...

- hypertonie
- Spasticité / rétractions
- Dystonie spastique
- Co-contractions des antagonistes
- Spasmes



Prise en charge : grands principes

- Histoire de la spasticité :
 - Recherche d'une épine irritative +++
- La spasticité est-elle
 - Gênante ?
 - utile ?

Importance de l'évaluation analytique et fonctionnelle
- Si retentissement fonctionnel : quelle(s) modalités de prise en charge

Epines irritatives

- Escarre, ongle incarné
- Fécalome
- Infection urinaire, lithiase urinaire
- Fracture passée inaperçue
- ...





Spasticité fonctionnellement utile ?

- Marche
- Transferts
- Verticalisation

Spasticité fonctionnellement utile ?





Spasticité gênante ?

- Douleurs
- Mobilité : marche, transferts (spasmes ?)
 - Retentissement sur l'équilibre, la vitesse de marche, l'endurance, le risque de chutes
- Préhension
- Déformation évolutive ?
- Hygiène de la main
- Accès au périnée
- Difficultés d'habillage
- Esthétique ?
- ...



Evaluation analytique : échelle d'Ashworth modifiée

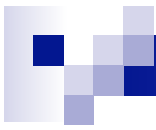
- 0 : pas d'augmentation du tonus musculaire
- 1 : augmentation discrète du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'un relâchement
- 1+ : augmentation discrète du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'une résistance minime perçue sur moins de la moitié de l'amplitude articulaire
- 2 : augmentation plus marquée du tonus musculaire touchant la majeure partie de l'amplitude articulaire, l'articulation pouvant être mobilisée facilement
- 3 : augmentation considérable du tonus musculaire rendant la mobilisation passive difficile
- 4 : hypertonie majeure, mouvement passif impossible



Evaluation

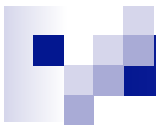
■ Echelle de spasmes de Penn

- ☐ 0 : absence de spasme
- ☐ 1 : absence de spasme spontané : présence de spasmes induits par stimulation sensorielle ou mobilisation passive
- ☐ 2 : spasmes spontanés occasionnels
- ☐ 3 : spasmes spontanés entre 1 et 10 par heure
- ☐ 4 : plus de 10 spasmes spontanés par heure

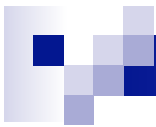


Evaluation fonctionnelle

- Selon l'objectif identifié...

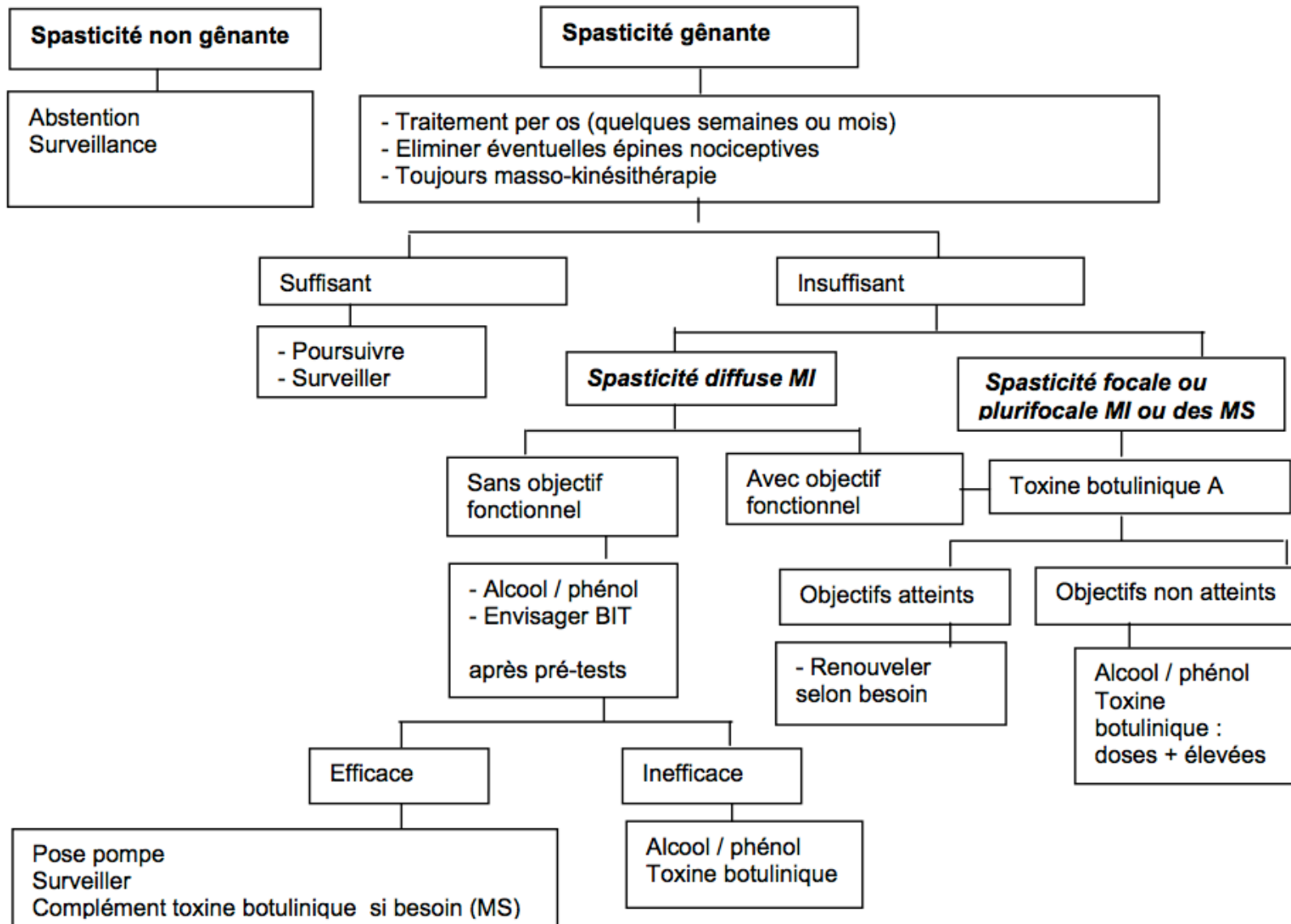


Traitement



Principes généraux

Evaluer la spasticité, capacités fonctionnelles et inter-relations



Recommandations afssaps 2009

Traitements per os

	<i>Les GABAergiques</i>		
	baclofène	clonazépam	diazépam
	LIORESAL	RIVOTRIL	VALIUM
	Comprimés sécables à 10 mg	Comprimés sécables 2 mg Suspension buvable à 2,5mg/ml	Comprimés sécables 5 et 10mg Solution buvable 1%
cible	GABA-B	GABA-A	GABA-A
biodisponibilité	bonne	82-98%	80-100%
Demi-vie	3-4 heures	20-40	32
Liaison aux protéines plasmatiques	30%	86%	94-98%
élimination	Urinaire (75%) et fécale	Urinaire	hépatique
Posologie moyenne	60-80mg/j	1,5-4mg/j	2-30mg/j
enfant	Dose initiale 0,3mg/Kg/j Dose entretien 0,75 à 2mg/Kg/j	0,05mg/kg/j	0,5mg/kg/j

<i>Les agonistes A2Adrenergiques centraux</i>	<i>Les antispastiques d'action périphériques</i>
tizanidine	dantrolène sodique
SIRDALUD	DANTRIUM
Comprimés sécables 4 mg	Gélules 25 et 100 mg
Alpha2	Ca2+
70%	80%
3-5	8-10 heures
30%	80%
	Urinaire et fécale
12-14mg/j	100-300mg/j
	Dose de départ 1mg/Kg/j jusqu'à 3 à 6 mg/Kg/j



Toxine botulique

- Traitement de choix dans spasticité focale
 - Neurotoxine produite par bactéries (Clostridium).
 - Blocage du mécanisme d'exocytose vésiculaire de l'acétylcholine au niveau de la fente synaptique
- Spécialités : Botox (Allergan), Dysport (Ipsen), Xeomin (Merz).
- Injections intramusculaires, repérage (échographie, électrostimulation)
- Efficacité : quelques mois
- Importance de la rééducation

Baclofène intrathécal





Autres traitements

- Neurolyse chimique
 - Nerf obturateur
 - Anse des pectoraux
- Neurotomie fasciculaire sélective
- Chirurgie orthopédique
- DREZotomie

Traitement par objectifs

Recommandations afssaps 2009

	1=Spasticité : prédomine MS	2=Spasticité : prédomine MI	Spasticité : MS et MI
<u>Motricité</u> Correcte ou bonne = A	Très rare <u>Objectifs :</u> ↑ extension active ouverture main <u>Traitement :</u> * Traitement per os 2-3 mois, puis si insuffisant: * Toxine botulinique 2 ^{ème} intention à doses + élevées (puis selon schéma)	<u>Objectifs :</u> Améliorer marche <u>Traitement :</u> * Traitement per os 2-3 mois puis si insuffisant: - Focale : * Toxine botulinique 2 ^{ème} intention à doses modérées à élevées (puis selon schéma) - Diffuse : * BIT ? * Toxine botulinique	<u>Objectifs :</u> Améliorer fonction 1 A et 2 A <u>Traitement :</u> * Traitement per os 2-3 mois puis si insuffisant: - Focale : * Toxine botulinique 2 ^{ème} intention * +/- Alcool/Phénol (puis selon schéma) - Diffuse : * BIT ? * Toxine botulinique
<u>Motricité</u> Nulle ou très déficitaire = B	Très rare <u>Objectifs :</u> - Prévention rétractions - Douleurs toilette <u>Traitement :</u> * Traitement per os 2-3 mois puis si insuffisant: * Toxine botulinique 2 ^{ème} intention à doses + élevées (puis selon schéma)	<u>Objectifs :</u> - Nursing - Prévention rétractions, escarres <u>Traitement :</u> * Traitement per os 2-3 mois puis si insuffisant: - Focale ou pluri focale : * Toxine botulinique 2 ^{ème} intention à doses + élevées (puis selon schéma) - Diffuse : * Discuter BIT * Sinon Toxine botulinique * +/- Alcool/phénol	<u>Objectifs :</u> 1 A + 2 B ou 1 B + 2 B <u>Traitement :</u> * Traitement per os 2-3 mois puis si insuffisant: - Focale ou pluri-focale : * Toxine botulinique 2 ^{ème} intention à doses + élevées (puis selon schéma) * +/- Alcool/phénol - Diffuse : * Discuter BIT * Et/ou Toxine botulinique (MS+) * +/- Alcool/phénol



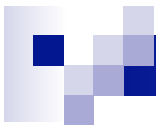
Traitements Physiques

- Différents modèles :
- Approche **Neurophysiologique** : modèle hiérarchisé du contrôle moteur, utilisation de techniques de réflexes d'**inhibition** pour normaliser le tonus Bobath 1978
- Approche **Biomécanique** : « motor relearning », sollicitation de la motricité dans un **but précis**, répétition de **taches fonctionnelles**. Carr & Shepherd 1987
- Approche **Cognitive** : influence de la planification d'un geste, de l'impact de l'intention de faire un geste sur les décharges motrices.
Plasticité cérébrale- Imagerie fonctionnelle. Muir & Stevens 1997



Traitements Physiques

- Les a priori : Le renforcement musculaire est proscrit en cas d'hypertonie spastique, il entraîne un renforcement de la spasticité
- La nouvelle tendance : Le renforcement musculaire peut améliorer les performances fonctionnelles sans entraîner de renforcement de la spasticité

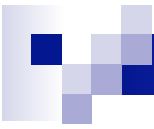


Prise en charge kinésithérapique

- ☐ **Mobilisations**
- ☐ **Etirements**
- ☐ **Postures**
- ☐ **Froid**

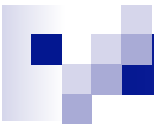
Mobilisations





Etirements





Postures



PRUDENCE

Le Froid localisé



Le Froid « corps entier »





Take home message

- Spasticité : recherche d'une épine irritative+++
- Spasticité :
 - ☐ Faut-il traiter ?
 - ☐ Quel objectif ?
 - Contractualiser
 - Intérêt des méthodes non définitives...
 - ☐ Quels moyens ?
 - Focale, diffuse, régionale