

PLAINTE COGNITIVE ET AVC

AMPR NORD-PICARDIE
24 NOVEMBRE 2012

« *Le but fondamental de la réadaptation à long terme des patients cérébro-lésés est d'aider les personnes à retrouver un niveau optimal de participation dans les activités de tous les jours **dans le monde réel** »*

Brown, M. Et coll. (2004) *Journal of head Trauma Rehabilitation*, 19 (6), 459-481.

« *Participation Objective, Participation Subjective : A measure of participation combining outsider and insider perspectives. »*

Quelle problématique ?

- PLAN

- Quel trouble cognitifs après un AVC ?

- Deux parcours

- Plainte cognitive : pourquoi un bilan ?

Troubles cognitifs en post AVC

▣ Prévalence troubles cog post AVC

50 à 90% en post AVC précoce... 70%

À distance... vitesse traitement, FE,...

Nys 2007, Lesniak 2008, Nys 2005

Stroke 2010 Al Khindi

▣ Pronostic post AVC avec tr cognitifs

Quels facteurs péjoratifs des troubles cognitifs : âge, sexe, fonctions cognitives antérieures ?

Quel pronostic sur le devenir cognitif et de l'autonomie ?

Lancet Neurology 2010, Neurology 2005, Patel 2002 2003

Quel trouble pour quelle lésion ?

- Quel déficit pour quel type de lésion ?

Raisonnement hémisphérique ++ : aphasie – gauche / négligence – visuospatial – droit / Apraxie

...Mémoire épisodique, Mémoire de travail, fonctions attentionnelles, fonctions exécutives, calcul.

→ classification selon l'OCSP

Barker-Collo 2011, Nys 2005, Tay et al. 2006

- Quand il n'y a pas de lésions parenchymateuse... hémorragie sous-arachnoïdienne

Chahal N et al. 2011, Springer et al. 2009, Rinkel et al. 2011

- *Trouble cognitif et AVC du cervelet : fonctions exécutives, visuospatiales,... mémoire épisodique*

Hokkanen et al. 2006, Mal et al. 1998, Neau et al 2000.

Importance de l'écoute d'une plainte cognitive : Deux parcours pour comprendre...

- Axe 1 : Parcours de Mr G
 - Exemple d'un type de lésion entraînant des déficits cognitifs « non attendus » : intérêt de réaliser un bilan cognitif s'il existe une plainte cognitive (même minime).
- Axe 2 : Parcours de Mme M
 - Exemple de suivi de l'évolution des déficits cognitifs au long cours et prudence à apporter même si normalisation (ou quasi normalisation) des performances cognitives en « situation de bureau ».
- Préconisations / Plainte cognitive et bilan cognitif « normal » ?
 - Type de bilan cognitif
 - Niveau antérieur et normalisation
 - Impact troubles thymiques
 - Intérêt des mises en situation réelle

Mr G 1/5

- Homme de 34 ans. Droitier.
- AVC octobre 2009 : infarctus sylvien gauche
 - Hémiparésie droite à prédominance brachio faciale, troubles phasiques, troubles sensitifs discrets et HLH droite d'apparition brutale
 - Trombolyse à 2h35 avec IRM de contrôle : ischémie sylvienne profonde gauche avec remaniement hémorragique – bilan étio est resté négatif.
 - Bilan sortie en CRF : évolution très favorable avec récupération motrice complète MI et juste une persistance de légères difficultés du contrôle moteur au MS + troubles phasiques légers
 - Relai rééducation ortho + kiné durant un an
 - Suivi en neurologie vasculaire -> orientation vers l'UEROS pour avis sur l'orientation professionnelle
- Titulaire d'un Bac Pro électrotechnique – en CDI : électricien en maintenance industriel
- Consultation à 14 mois postAVC :
 - légères difficultés en dextérité fine et en écriture
 - Sur le plan cognitif, les plaintes portent sur un manque du mot mais aussi des oublis au quotidien
 - reprise en MTT prévue sur un poste de magasinier – reprise non envisagée sur poste antérieur du fait des difficultés motrices.
 - personne qui s'exprime bien, peu de plainte , reprise d'une autonomie complète ...« fait illusion »

Mr G 2/5

- À l'entrée à l'UEROS (2 ans post AVC)
 - Au MSD : léger ralentissement des mouvements, difficulté en dextérité fine et en écriture
 - Troubles phasiques (léger manque du mot au bilan – conversation en entretien normale)
 - les plaintes sur le plan cognitif portent toujours sur un léger manque du mot mais aussi des oublis au quotidien, des difficultés de concentration dans les conversations
 - Par ailleurs, lors du MTT, présence d'oublis, de difficultés organisationnelles et une fatigabilité

Geordy 3/5

- **Evaluation neuropsychologique** (2 ans post AVC)
- mémoires épisodiques verbale et visuelle : N
- Attention sélective et attention divisée : N
- **Léger** manque du mot + orthographe mal maîtrisée (/niveau scolaire)

MAIS AUSSI...

- Déficit de mémoire de travail dès 5 secondes d'interférence
- TR allongés en vision périphérique
- Ralentissement du balayage visuel
- Déficit des fonctions exécutives touchant la flexibilité et les capacités d'organisation, notamment en lien avec une gestion inadéquate du temps
- Présence d'une logorrhée verbale (autocritiquée a posteriori après retours spécifiques mais difficilement contrôlable).

- Impact lors des mises en situation professionnelle :
 - Reclassement évoqué par l'entreprise sur un poste d'animateur-hygiène-sécurité-environnement : il s'en sent tout à fait capable

Mais les mises en situation montrent un impact important des troubles cognitifs.

- Réorientation sur poste moins complexe : Stages en vente de matériel électrique :
 - Difficulté de reprendre une action en cours (mise en rayon) lors d'interférences (questions des clients)
 - Alternative de la vente au comptoir préconisée (stage confirmant la meilleure compatibilité)

- Conclusions / Parcours de Geordy :
 - Plainte cognitive minime (hors de la plainte phasique dans un contexte d'AVC sylvien gauche) doit être prise en compte
 - Intérêt du bilan cognitif approfondi (authentification de déficits cognitifs)
 - intérêt des mises en situation : Confirmation de l'impact des déficits cognitifs sur l'activité professionnelle
 - Importance des consultations de suivi dès qu'il existe une plainte même minime.

Mme M 1 / 5

- Femme de 49 ans.
- 3 ans auparavant : AVC hémorragique capsulo-lenticulaire et thalamique droit (gauchère)
- Surveillante de soin à l'hôpital (DE infirmière + DU de cadre de santé) – environ 15 personnes à manager
- NB : avait passé 2 fois le concours « infirmière scolaire » de l'éducation nationale : 1 fois avant l'AVC, une fois après et avait obtenu les mêmes résultats.

Mme M 2/5

**Au moment de
la tentative
de reprise
d'activité
professionnelle
...**

Types de troubles	Evolution sur plus de 3 années...				
	Bilan initial	+ 1 an	+ 2 ans	+ 3 ans à l'UEROS	
Signes anxieux ou dépressifs (potentielle majoration troubles cognitifs)	Présents	Absents	Absents	Absents	
Déficit mémoire épisodique	Présent	Présent	Normalisé	Normalisé	
Déficit mémoire de travail	Présent	Présent	Fragilité	Fragilité	Fragilité mémoire de travail
Déficit attention sélective	Présent	Présent	Fragilité	Normalisé	
Déficit attention divisée	Présent	Présent	Normalisé	Normalisé	
Fatigabilité	Présente	Présente	Présente	Présente	Présente

Mme M 3/5

A 3 ans de l'AVC

- ✓ Bilan cognitif « quasi » dans la norme hormis persistance d'une fragilité de mémoire de travail et d'une fatigabilité (surtout en fin de journée - tests cognitifs souvent réalisés en situation « idéale », au calme, le matin, etc...)
- ✓ Les déficits neuromoteurs, sur le plan fonctionnel entraînent de légères difficultés dans les gestes fins et rapides (MSG), notamment sur l'écriture, surtout en fin de journée (majoration par la fatigue).
- ✓ **PLAINTÉ COGNITIVE** : saturation dans contextes bruyants et interférences, moins de résistance, difficulté d'écriture.

Questions légitimes à se poser

- ✓ Quelles performances sur des tâches de longue durée, notamment en fin de journée (résistance à la fatigabilité)
 - ✓ En situation de tâches multiples ou de contexte bruyant (mem de travail)
- > intérêt des mises en situation réelles...

Mme M 4/5

- Tentative sur le poste antérieur à mi-temps (cadre de santé à l'hôpital en milieu de soins)
 - ▣ Fatigabilité importante -> stress ++
 - ▣ Impact de la fragilité en mémoire de travail (saturation attentionnelle, difficultés organisationnelle)
 - Mises en situation professionnelle sur un poste d'infirmière en établissement médico-social (réorientation):
 - ▣ Avec activité d'écoute et de prévention (plein temps) : OK
 - ▣ Avec activité d'écoute et de prévention + suivi personnalisé des usagers : fatigabilité trop importante retentissant sur la concentration même après un passage à mi-temps (persistance de difficultés des gestions de tâches multiples simultanées)
- > la reprise du métier de cadre de santé ou de soins dans le milieu sanitaire n'est pas envisageable
- > préconisation d'une activité à mi-temps, dans une petite structure, sur tâches redondantes, limitation des sollicitations externes, près du domicile pour limiter la fatigabilité.

Mme M 5/5

- Conclusions / Parcours de Maryvonne :
 - Un bilan cognitif qui s'est normalisé -ou qui montre *quelques faiblesses cognitives*- ne signifie pas qu'il n'y aura pas de difficultés lors de la reprise des activités (professionnelles mais aussi autonomie actes élaborés), et ce d'autant plus si la plainte cognitive persiste.
 - Intérêt des mises en situation, même après « normalisation » d'un bilan cognitif.

Préconisations... 1 / 3

- S'il existe une **plainte cognitive** :
 - ▣ Intérêt de réaliser un bilan cognitif s'il existe une plainte même minime (parcours de Mr G)
 - ▣ Intérêt de réaliser des mises en situation professionnelle même si un bilan cognitif est normal ou quasi normal (parcours de Mme M)

Préconisations...2/3

Bilan cognitif « NORMAL » : Attention !

- Type de bilan cognitif : nécessité de batterie (VS test unique) visant l'évaluation d'une même fonction cognitive (ex/ Geordy : empans OK, mais BP pathologique ; WCST OK mais TEA flexi pathologique).
- Bilan cognitif normal « normes basses » (Niveau antérieur et normalisation : plainte probable si « hyper-efficience » malgré un bilan normal)
- Impact troubles thymiques (majoration certains troubles cognitifs)
- parfois plainte cognitive uniquement en lien avec troubles thymiques
- MAIS Attention : ne pas penser qu'une plainte cognitive est systématiquement & uniquement en lien avec un dysfonctionnement thymique dans les ruptures d'anévrisme (saignement méningé, pas de lésion du parenchyme a priori, mais réels séquelles cognitive de l'AVC)

Préconisations...3/3

Bilan cognitif « NORMAL » : Attention !

- Avoir toujours à l'esprit les dissociations doubles pouvant exister entre testing classique et mise en situation réelle (Exemple des fonctions exé en testing bureau VS écologique (études de Duthil et Bottari)) : intérêt des mises en situation réelle (UEROS, SAVS, SAMSAH, etc) : pro mais aussi autonomie...

Profils	Bilan cognitif		Retour à l'activité
Patient A	+		+
Patient B	-		-
Patient C	+	?	-
Patient D	-	?	+

Bottari, C. Dutil, E., Dassa, C. & Rainville, C. (2006) Choosing the most appropriate environment to evaluate independence in everyday activities : Home or Clinic ? *Australian Occupational Therapy Journal*, 53, 98-106. NB LN : Etude sur l'influence du CTXT (home vs hospital) dans les capacités dans les IADL - Pour Bottari et coll l'autonomie dans les IADL est mieux comprise dans un CTXT du monde réel.

Bottari, C. Dassa, C., Rainville, C., Dutil, E. (2009) The factorial validity and internal consistency of the Instrumental Activities of Daily Living Profile in individuals with a traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation, Apr ; 19(2) : 177-207.*

Burgess, P.W. Alderman, N., Forbes, C., Costello, A., Coates, L., Dawson, D.R. et al. (2006) The case for the development and use of "ecologically valid" measures of executive function in experimental and clinical neuropsychology. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12, 194-209.

Dawson, D.R. Chipman, M. (1995) The disablement experienced by traumatically brain-injured adults living in the community. *Brain injury*, 9 (4), 339-353.

Delecroix, H., Schrevel-Berlinson S., Chartaux-Danjou, L., Danel-Gronier, D. & Coello, Y. (2009) Autonomie dans les actes élaborés de la vie quotidienne de la personne cérébro-lésée : quelle évaluation ? (Bilan neuropsychologique VS nouveau questionnaire d'autonomie) – Congrès SOFMER – Annales de médecine physique et de réadaptation.

Conclusions

- Lorsqu'il existe une plainte cognitive (même minime):

Intérêt de la prendre en considération...

- Même si localisation ou le type d'AVC ne paraît pas concordant.
- Même si le bilan cognitif est normal
- Même si l'autonomie semble totale

PLAINTE COGNITIVE ET AVC

AMPR NORD-PICARDIE
24 NOVEMBRE 2012

MERCI POUR VOTRE ECOUTE



H. Delecroix – Chef de Service UEROS - Neuropsychologue
W. Daveluy – Médecin MPR – CHRU Lille & UEROS