



AVC
Normandie

Occlusion de l'artère basilaire cas cliniques en MPR

Dr Anne Peskine, MPR

22 juin 2023



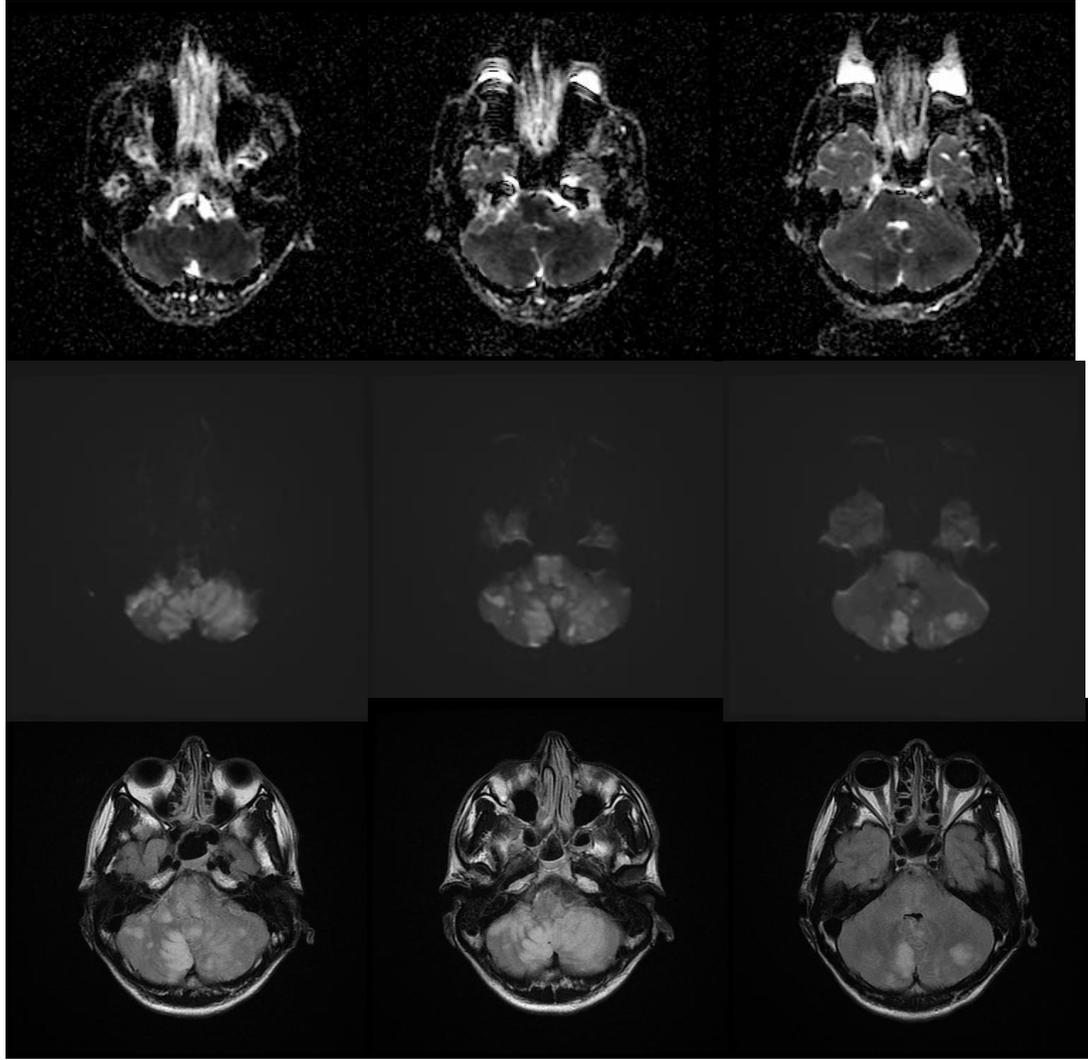
Le Normandy

Médecine Physique et de Réadaptation



Jack, 27 ans

- Etat antérieur
 - Au chômage, vit chez sa mère, une fille de 10 ans
- Directives anticipées non rédigées.
- *AVC fin 2015*
 - Plaie à l'arme blanche latérocervicale G; plaie explorée, suturée, angioTDM TSA dit normal J1
 - J2: coma brutal aux urgences 15H30; Dissection vertébrale G et thrombose étendue tronc basilaire. Thrombolyse 17h15; artériographie 19H10: pas de signe de reperméabilisation, thrombus trop important; thrombectomie impossible
 - J5 IRM: AVC ischémique constitué territoire vertébro-basilaire
 - J10 staff éthique: accord patient et famille pour poursuivre les soins sans limitation. Trachéotomie J18; gastrostomie J28
 - VAC pour fréquence ventilatoire insuffisante; mise en place VAC/ventilateur domicile J40
- Transfert au Normandy J55





Jack, 27 ans

- Au Normandy
 - Quadriplégie incomplète à gauche, dépendant ventilateur, alimentation exclusive GPE à l'entrée
 - Nombreuses décompensations respiratoires, difficultés de réglage appareil; pose d'un stimulateur phrénique 15 mois post AVC, difficultés avec le matériel;, reste ventilé 12h/24 proposition d'exclusion laryngée.
 - PEC pluriprofessionnelle : amélioration force Mb Sup G mais sd cérébelleux; refus domotique, refus des aides à la communication; finalement ordinateur avec guide doigt puis logiciel GRID ; fauteuil roulant électrique commande main G; nystagmus vertical gênant ++. Pas d'évolution sur la déglutition ni la phonation.
- A la sortie du Normandy
 - Souffrance morale et demandes réitérées d'euthanasie. Intervention équipe mobile SP du CHAG au Normandy. Loi Claeys-Léonetti 02 fev 2016.
 - Transfert en USP 2,5 ans post AVC et accompagnement d'une sédation profonde et continue.



Nadine, 56 ans

- Etat antérieur
 - Vit seule sans enfant, au chômage en région parisienne
 - Intox tabagique
 - AVC survenue lors de l'enterrement de sa mère en Normandie → CHU Caen...
- Directives anticipées: non rédigées
- *AVC fin 2017*
 - J1 sd cérébelleux D, PF droite; se repose puis allo Pompiers → SAU > H4: lacunes sustentorielles; pas de thrombus TSA; pas de sténose ni anévrisme Polygone de Willis. Relecture TDM J2 aspect de thrombus art vertébrale D
 - J2: dégradation, inhalation, détresse respiratoire. TDM hypodensité protubérantielle D; difficultés ventilatoires (agitation, goitre plongeant, BPCO, surpoids). Réveil agité, hémiplégié G, HLH gauche, PF droite, tb déglutition majeurs. Trachéotomie au bloc J15, reprise J16. Thyroïdectomie totale et plastie trachéale M4.
- Transfert au Normandy M10



Nadine, 56 ans

- **Entrée au Normandy**

- Sd cérébelleux D, hémiparésie G, PF droite, tb déglutition, pas de phonation, trachéotomie, SNG. Pose GPE M12
- PEC pluri professionnelle; Autonome conduite FRE commande main D en qq semaines. Communique par écrit /sms. Pas de progrès sur la déglutition ni la phonation. Aspirations très fréquentes; crise d'angoisse avec intolérance respiratoire. Opposition, violences auto et hétéro-agressives.
- **Projet de vie de la patiente exprimé 6 mois après l'entrée: institution près de chez sa belle-mère dans le Sud Ouest.** Aucune structure de la Nouvelle Aquitaine n'accepte des patients avec trachéotomie... proposition d'exclusion laryngée mais nécessiterait édentation, refus de la patiente.

- **Situation actuelle à presque 6 ans de l'AVC et 5 ans au Normandy**

- Sd cérébelleux D, hémiparésie avec enraidissement majeur à G, pas de phonation ni déglutition; communique SMS main D. Anxiété importante à sortir de son lit, à manipuler son FRE; passe l'essentiel de son temps sur son lit.
- Exprime surtout une grande angoisse motivant des demandes multiples
- Nombreux conflits avec les équipes, refus d'aller en rééducation, actes de violences. Plusieurs changements de secteur.
- Plusieurs projets ont été évoqués : Un séjour temporaire en MAS locked in est organisé dans la région de Lille avec nombreuses visio de préparation; grève de la faim, violences, retour en catastrophe au bout de 5 jours. Refus unité EVC EPR; projet d'un domicile avec aides humaines 24h/24 plutôt près du Normandy...
- Après négociation, discussion (...), laryngectomie totale et trachéostomie 5,5 ans après l'AVC sans édentation ; suites correctes mais retour très rapide au Normandy... stable, pas de reprise de la phonation, possibilité d'alimentation plaisir après amélioration ouverture buccale. Moins agitée, plus sereine. Demande transfert EHPAD sud Ouest.



Pierre, 46 ans

- Etat antérieur
 - Intox alcoolique
 - Vit avec sa compagne + le fils de celle-ci (10 ans, situation de handicap)
- Directives anticipées : non connues
- *AVC fin 2020*
 - Cervicalgies J1 puis tb de la marche J2 puis sd cerebelleux J3
 - AngioTDM TSA: dissection art vertébrale D étendue au tronc basilaire qui reste perméable mais grêle.
 - Anticoagulation et hospitalisation
 - Etat de mal épileptique J4: aspect spontanément hyperdense de l'art vertébrale D et du TB; transfert en réanimation, sédation, intubation, ventilation
 - IRM J4 J4: AVCi protubérance G + dissection Art Vert D et TB
 - Levée des sédations J6: ventilation spontanée, éveil fluctuant, pas de mouvement spontané
 - IRM J15: extension transversale bilatérale de l'atteinte protubérantielle et transformation hémorragique
 - Trachéotomie et Gastrostomie J22



AVC
Normandie

Pierre, 46 ans

- **Entrée au Normandy J43**

- Quadriplégie spastique, code oui / non oculaire, motricité cervicale présente, trachéotomie, alimentation entérale exclusive, sonde urinaire

- **Hospitalisation au Normandy 18 mois**

- Prise en charge pluri-professionnelle intensive et complexe. Retrait rapide sonde urinaire et mictions spontanées dans étui pénien. Injections de toxine botulique régulières (glandes salivaires accessoires, fléchisseurs des doigts, triceps suraux)
- Communication : logiciel + eye tracker; efficace dès un mois post admission (domotique, alerte, sms)
- Douche fauteuil douche et fauteuil confort toléré plusieurs heures par jour à 3 mois post admission.
- Encombré ++, arrêt des essais d'alimentation.
- **7 mois post admission (9 mois post AVC) : décision du projet = domicile adapté avec sa compagne**
- Choix du FRE compliqué: commande occipitale défilement, contacteur, et main D avec suspension essayées.
- **11 mois post AVC : décanulation**; reprise du travail de la voix et essais alimentaires. Phonation et articulation possibles mais lentes et coûteuses
- 14 mois post admission (16 mois post AVC) : 1^{er} week-end thérapeutique chez son frère en HAD;
- Refus d'un logement adapté par la famille (trop petit, logement TiHameau)

- **Situation actuelle à 2 ans**

- **Retour au domicile de sa compagne depuis 3 mois** avec des auxiliaires de vie 5h30 par jour (financement MDA 7h30 mais binôme nécessaire à la toilette). Toilette au lit car SdB inaccessible.
- Alimentation orale déconseillée (mais réalisée)
- Fauteuil roulant électrique don ALIS; commande main D avec adaptation. Ordinateur personnel auto-financé et logiciel don ALIS
- Orientation SAMSAH; demande séjour temporaire MAS

Pas de financement garantie accident de la vie car ATCD alcoolique noté dans le dossier...



Occlusion tronc basilaire en MPR

- Motivation patient et environnement familial
- Dépendance respiratoire
- Structures dédiées et adaptées (MAS spécifiques, Unités de soins prolongés complexes) sur tout le territoire