Association Ressources Polyhandicap Hauts-de-France



avec les soutiens de CCAH Le comité national coordination action handicap — Association reconnue d'utilité publique et malakoff humanis

FICHES SANTÉ POLYHANDICAP

Sensibilisation des acteurs de santé aux besoins spécifiques des personnes polyhandicapées adultes

Retrouvez toutes les actions de l'Association sur :

www.ressourcespolyhandicap.org

Association Ressources Polyhandicap Hauts-de-France

À propos de l'Association







Ressources Polyhandicap Haut-de-France

Notre association promeut une approche globale de la personne polyhandicapée et de son entourage. Avec la participation de multiples acteurs régionaux, elle propose des échanges, des informations, des ressources et des réflexions professionnelles et/ou sociétales sur le vaste sujet du polyhandicap qu'elle met à disposition de tous.

Les fiches santés polyhandicap

Notre démarche pour informer et sensibiliser

Pour répondre aux demandes des familles et des praticiens de ville non acculturés aux grandes spécificités médicales des personnes polyhandicapées adultes, l'association a rédigé des fiches d'information et de sensibilisation quant aux besoins de santé particuliers de ces personnes, au-delà des événements de médecine quotidienne.

Accès rapide aux fiches :

- Fiche d'introduction
- Audition
- Bavage, troubles de la déglution salivaire
- L'alimentation orale et la déglutition
- Hydratation
- Reflux gastro-œsophagien
- Troubles du transit intestinal et des exonérations
- État nutritionnel
- Dénutrition
- Encombrement respiratoire
- Osteoporose
- Troubles urinaires
- Epilepsie

Accès rapide aux fiches :

Fiche d'introduction
Audition
Bavage, troubles de la déglution salivaire
L'alimentation orale et la déglutition
Hydratation
Reflux gastro-œsophagien
Troubles du transit intestinal et des exonérations
État nutritionnel
Dénutrition
Encombrement respiratoire
Osteoporose
Troubles urinaires
Epilepsie

INTRODUCTION



Fiche N° 1 / 13

Fiche N° 1 / 13

INTRODUCTION

L'Association Ressources Polyhandicap Hauts-de-France est une méta-association regroupant régionalement d'une part les associations de parents, d'autre part les associations porteuses d'établissements et de services soignant ou accompagnant des personnes polyhandicapées à tous les âges de la vie, et enfin des personnes qualifiées.

Pour répondre aux demandes des familles et des praticiens de ville non acculturés aux grandes spécificités de santé des personnes polyhandicapées adultes, l'association a rédigé des fiches d'information minimale et de sensibilisation quant aux besoins de santé particuliers de ces personnes extraordinaires, au-delà des événements de médecine quotidienne.

En effet, ces personnes, parmi les plus vulnérables de notre société, qui n'ont ni la parole ni la motricité, mais sont riches d'une capacité de perception et d'une sensorialité hors normes, présentent une complexité clinique et physiologique très grande.

Les données neurosomatiques (motrices, toniques, orthopédiques et ostéo-articulaires), alimentaires, digestives et nutritionnelles, respiratoires, sphinctériennes, endocriniennes, sensorielles, neuro-psychologiques, végétatives et comitiales s'intriquent à leur mode de vie relativement sédentaire et à leur dépendance totale. Il en résulte une précarité sanitaire très grande. Leur impossibilité à exprimer de façon explicite la douleur, sa cause ou sa localisation, impose que l'on ait à leur égard la plus grande attention avertie.

Le lecteur trouvera ci-après un premier jeu de fiches, destinées à être complétées par d'autres en cours de finalisation.

La rédaction de chacune de ces fiches a été l'objet d'un travail collectif, à partir du recueil des dires d'un expert médical sur chaque sujet traité.

Le comité de pilotage de ce travail a été constitué des personnes suivantes (lesquelles se sont entourées des avis des experts qu'elles avaient sollicités).

Irène Benigni
Dr Anne Blanchard
Dominique Crunelle
Dr Cécile Demarle
Dr Laurence Gottrand
Dr Dominique Juzeau
Dr Jessica Leborgne
Dr Jacques Leman
Dr Philippe Pernes
Dr Bruno Pollez
Pr Vincent Tiffreau

Accès rapide aux fiches :

Fiche d'introduction | Audition | Bavage, troubles de la déglution salivaire | L'alimentation orale et la déglutition

Hydratation | Reflux gastro-œsophagien | Troubles du transit intestinal et des exonérations | État nutritionnel

Dénutrition | Encombrement respiratoire | Osteoporose | Troubles urinaires | Epilepsie

L'AUDITION

Facteur essentiel de la relation d'une personne polyhandicapée



Fiche N° 2 / 13

L'AUDITION

Facteur essentiel de la relation d'une personne polyhandicapée



L'audition nous permet de ressentir toute l'affectivité qui passe dans la mélodie de la voix, de percevoir les événements survenant hors de notre champ visuel… De plus, l'audition binaurale favorise la localisation des sons dans l'espace, la compréhension dans le bruit et les conversations de groupe. **Toute surdité, même unilatérale, mérite d'être corrigée.**

Les surdités de l'oreille externe (pavillon, conduit auditif) ou de l'oreille moyenne (tympan, osselets) sont souvent réversibles, en dehors de processus malformatifs. **Il s'agit de surdités dites de "transmission"**. On enlève un bouchon de cérumen, on soigne l'otite, on propose une tympanoplastie, etc.

Un contrôle otoscopique annuel est recommandé pour toute personne polyhandicapée, et devant tout comportement inhabituel ou toute hyperthermie. L'examen otoscopique fait partie de tout examen clinique.

Ce sont les surdités touchant l'oreille interne qu'il faut appareiller (le plus tôt possible lorsqu'elles existent dès la naissance). Elles sont irréversibles, parfois évolutives, et touchent le plus souvent davantage les fréquences aiguës. **Il s'agit de surdités de « perception »** qui peuvent être congénitales (génétiques, grande prématurité…) ou acquises postnatales (séquelles de méningite, ototoxicité médicamenteuse, traumatismes sonores…). Le message perçu est flou et déformé par rapport à la réalité. De plus, **si la compréhension du message oral peut être perturbée chez la personne polyhandicapée par une atteinte centrale de l'audition, elle peut l'être aussi par la déficience intellectuelle, pouvant alors justifier des stratégies augmentatives ou alternatives de communication (à partir d'objets concrets, photos, images, pictogrammes, gestes…).**

Les tests d'audition ne sont pas toujours faciles à réaliser chez la personne polyhandicapée, d'où l'importance de les avoir réalisés dans la petite enfance. Un dépistage universel systématique à la naissance est actuellement réalisé en maternité, suivi d'investigations électrophysiologiques complémentaires en cas de doute.

Les résultats de ce dépistage sont reportés dans le **carnet de santé qu'il est recommandé de consulter.** Lorsque la surdité est méconnue, **l'observation prolongée dans le milieu familial et éducatif** peut apporter beaucoup de renseignements : la fonction d'alerte (source sonore en dehors du champ visuel) existe-t-elle ? La personne perçoit-elle les sons chuchotés hors champ visuel ? Comprend-elle mieux en regardant la personne qui parle, ou si on accompagne la parole de gestes ? Existe-t-il des troubles comportementaux ou une tendance à l'isolement ? Ces deux dernières données ne sont toutefois pas totalement discriminantes chez la personne polyhandicapée. Quoi qu'il en soit, **en cas de doute, un bilan auditif adapté est recommandé quel que soit l'âge.**

L'AUDITION

Sans que ceci soit spécifique aux personnes polyhandicapées, certains problèmes d'oreille ne doivent pas être négligés :

- **Toute otorrhée impose un examen otoscopique**, surtout si l'écoulement est fétide et récidivant. Certaines otites chroniques (cholestéatomes) peuvent en effet se compliquer de méningite, voire d'abcès du cerveau et mettre en jeu le pronostic vital.

- **Toute surdité brusque** (qui pourra se manifester par des changements de comportement) **impose un bilan ORL et audiométrique en urgence** car cela peut être d'origine vasculaire (équivalent d'un "infarctus" pour l'oreille) et irréversible sans traitement d'urgence.

La presbyacousie, liée à l'avancée en âge, peut devenir gênante, même sans antécédents ORL particuliers. L'appareillage auditif permettra alors d'éviter un isolement plus marqué, des incompréhensions de plus en plus fréquentes... **La non-prise en compte de cette presbyacousie peut favoriser un vieillissement cognitif prématuré.**

Lorsque la personne polyhandicapée bénéficie d'une correction prothétique (aide auditive conventionnelle ou implantation cochléaire), il est recommandé :

- de proposer dans les premiers temps de l'appareillage une éducation auditive, avec l'aide de l'orthophoniste, surtout dans le cas d'une longue période de privation sensorielle,

- d'assurer un suivi ORL, audiophonologique, audioprothétique au moins annuel,

- de proposer une éducation prothétique (assurée par l'audioprothésiste) à la personne elle-même si possible, à la famille et à l'équipe d'accueil toujours, afin de veiller à la parfaite efficacité et à la bonne tolérance de l'aide auditive, conditions indispensables à un port permanent.

?

Retrouvez toutes nos actions et actualités sur le site de l'association :

www.ressourcespolyhandicap.org

Accès rapide aux fiches :

Fiche d'introduction | Audition | Bavage, troubles de la déglution salivaire | L'alimentation orale et la déglutition

Hydratation | Reflux gastro-œsophagien | Troubles du transit intestinal et des exonérations | État nutritionnel

Dénutrition | Encombrement respiratoire | Osteoporose | Troubles urinaires | Epilepsie

BAVAGE, TROUBLES DE LA DÉGLUTITION SALIVAIRE



Fiche N° 3 / 13

BAVAGE, TROUBLES DE LA DÉGLUTITION SALIVAIRE



Les troubles de déglutition sont fréquents chez la personne polyhandicapée et concernent autant la déglutition de la salive que l'alimentation et l'hydratation.

Le bavage n'est que rarement lié à une hypersalivation, même si certains médicaments la favorisent (notamment les benzodiazépines). Il est surtout consécutif aux troubles sensitifs et moteurs de la zone buccale, puis parfois aggravé par les troubles dentaires et orthodontiques, eux-mêmes essentiellement conséquences des troubles de déglutition.

Rappel physiologique

Pour tout individu, les glandes salivaires produisent par jour environ 1,5 litre de salive, essentiellement maintenue sous la langue et derrière la lèvre inférieure, et déglutie en moyenne 1500 à 2000 fois par 24 heures, de manière automatique : grâce aux capteurs sensitifs intra-buccaux, on perçoit qu'il est temps de déglutir, la salive est aspirée sur la langue et déglutie. Cette aspiration de la salive dépend en particulier de la capacité à fermer la bouche pour créer un vase clos. Si la fermeture de la bouche n'est pas possible ou si la déglutition automatique est perturbée, la salive stagne et s'écoule hors de la bouche ; elle peut aussi en être chassée lors de mouvements parasites de la langue.

Conséquences du bavage

Les conséquences de ce bavage sont multiples : assèchement de la bouche, problèmes digestifs et de transit, altérations cutanées, rejet social. Le bavage reste souvent associé à la notion de déficience, de malpropreté, d'odeur désagréable, modifiant ainsi le regard des autres et l'estime de soi.

Que faire pour aider une personne adulte polyhandicapée qui bave ?

La première mesure est déjà d'ordre préventif : s'assurer de la bonne hygiène bucco-dentaire au moins bi-quotidienne, y compris bien sûr chez les personnes non alimentées par la bouche.

Si un traitement de type **traitement oral selon Bobath ou une cryothérapie** peut être proposé avec une certaine efficacité aux enfants jeunes, il perd de son efficacité chez les adultes.
Le travail des praxies bucco-faciales est, quant à lui, souvent trop complexe pour les personnes polyhandicapées adultes, qui comprennent mal les consignes et/ou ne peuvent les exécuter du fait de leurs troubles toniques et de commande motrice.

BAVAGE, TROUBLES DE LA DÉGLUTITION SALIVAIRE

Faciliter la déglutition salivaire passe par les mêmes démarches que celles proposées pour faciliter la déglutition alimentaire : veiller au **positionnement de la tête par rapport au tronc** (éviter l'extension du cou), aider la fermeture de bouche, s'assurer de la respiration nasale. Parfois, la flexion de tête accentue le bavage, mais elle limite le risque de fausses routes salivaires et les pneumopathies qui s'en suivent !

Certains **traitements médicamenteux** peuvent être proposés : traitements homéopathiques, patchs de scopolamine, qui limitent la production des glandes salivaires. Ces patchs, placés derrière l'oreille, ont un effet 6 à 12 heures après leur pose et pendant 3 jours. Ils ne sont cependant pas sans effets secondaires : risques cutanés, constipation, somnolence… Pour autant, ces effets nocifs sont réversibles. On peut aussi adopter ces patchs ponctuellement, pour permettre, par exemple, à une personne de participer à une fête de famille, à une sortie…
D'autres pratiques existent : des **injections de toxine botulique dans les glandes parotides et sous-maxillaires**, qui néanmoins risquent de renforcer les troubles de déglutition et de majorer les risques de fausses-routes ; une intervention chirurgicale qui consiste en une dérivation des principales glandes salivaires ; c'est une intervention lourde, dont les effets ne sont pas toujours aussi visibles et pérennes que ceux attendus.

Reste à **penser à l'impact social du bavage** et à veiller au mode de protection proposé au quotidien : s'opposer au port de bavoirs infantilisants et leur préférer le port de bandanas en éponge, doublés d'une feuille plastifiée. Ces bandanas offrent une protection correcte, peuvent être souvent changés et modifient le regard de l'autre ; de même en est-il de petits foulards soyeux élégants doublés, portés au cou, comme il s'en propose de plus en plus maintenant. Des bracelets de tennisman peuvent aussi aider celles et ceux qui en ont la capacité motrice à s'essuyer régulièrement la bouche.

Retrouvez toutes nos actions et actualités sur le site de l'association :

www.ressourcespolyhandicap.org

Accès rapide aux fiches :

Fiche d'introduction | Audition | Bavage, troubles de la déglution salivaire | L'alimentation orale et la déglutition

Hydratation | Reflux gastro-œsophagien | Troubles du transit intestinal et des exonérations | État nutritionnel

Dénutrition | Encombrement respiratoire | Osteoporose | Troubles urinaires | Epilepsie

L'ALIMENTATION ORALE ET LA DÉGLUTITION



Fiche N° 4 / 13

Fiche N° 4 / 13

L'ALIMENTATION ORALE ET LA DÉGLUTITION

Les personnes polyhandicapées souffrent souvent de troubles de mastication, de déglutition et d'alimentation orale, lourds de conséquences parfois sévères : risque d'étouffement en cas de fausse-route, pneumopathies liées aux fausses-routes répétitives, directes ou indirectes (vidange des vallécules pharyngées ou reflux gastro-oesophagien « RGO »), fatigue alimentaire, dénutrition et/ou déshydratation, troubles du comportement alimentaire, angoisses, problèmes dentaires et orthodontiques, infections buccales...

Les origines de ces difficultés, parfois cumulées, sont les suivantes :

- trouble du **tonus postural global** qui entraîne une posture cervico-céphalique inadaptée, en extension ou en hyper flexion (cette posture entraîne un redressement de la tête en arrière, pour accès à la bouche, et une « cassure » de nuque, qui renforce considérablement le risque de fausses-routes) ;

- trouble de **sensibilité intra-buccale**. Une hypo-sensibilité allonge le temps du repas et augmente le risque de fausse-route ; une hypersensibilité, qui se traduit par un réflexe nauséeux, voire par un réflexe de mordre, perturbe le moment du repas, en en faisant un moment désagréable (ce réflexe de mordre peut survenir sur la cuillère -ou la brosse à dents-, mais parfois aussi entraîner des automutilations-morsures de la langue, des joues ou des lèvres) ;

- trouble de **motricité buccale** : mauvaise fermeture des mâchoires et des lèvres, déficit de motricité linguale, insuffisance de protection des fosses nasales ;

- trouble de **coordination motrice** qui nuit à l'enchaînement des différentes étapes de ce schème moteur et ne permet pas une bonne protection des voies aériennes.

Une évaluation précise porte à la fois sur le temps alimentaire et hors repas. Si c'est nécessaire, des bilans paracliniques, comme un radio-cinéma, une fibroscopie, une pHmétrie, peuvent être demandés.

Quelles aides apporter ? :

Les propositions qui émanent de cette évaluation distinguent elles aussi ce qui peut être proposé lors du repas et hors repas.

Lors des repas, trois objectifs essentiels :

- **assurer la sécurité** de la personne lors de son alimentation,
- **veiller à la valeur nutritionnelle et d'hydratation des repas,**
- essayer de faire des repas des moments de plaisir, de confort et de relation.

Et, chaque fois que possible, **viser une autonomie,** même si la participation ne peut être que partielle et facilitée.

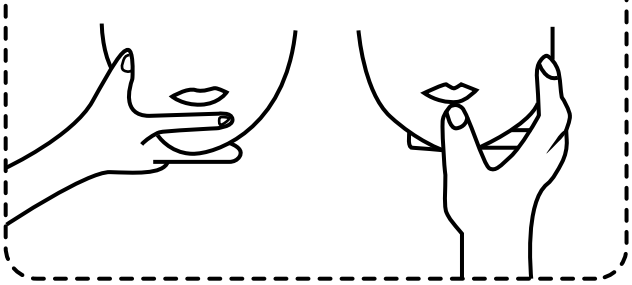
L'ALIMENTATION ORALE ET LA DÉGLUTITION

On veille ainsi :

- à l'installation spécifique et adaptée de la personne et à la position de l'aidant qui donne le repas ; on s'assure en particulier que la tête soit toujours maintenue en légère flexion par rapport au tronc ;

- à faciliter la prise alimentaire et de boissons : appuis avec la cuillère sur la langue ou à la base de la langue pour en faciliter la motricité ; aide éventuelle à la fermeture de bouche ;

Techniques de facilitation de la fermeture de bouche :



- à prendre en compte les éventuels troubles de sensibilité, en adaptant les aliments et les boissons aux spécificités de la personne : on joue sur les goûts, les épices, les températures, des aliments ou des liquides, qui seront aussi plutôt gazeux et /ou aromatisés.

- à adapter les textures et les volumes aux capacités de la personne ; on privilégie ainsi les aliments mixés épais et homogènes lorsque les difficultés sont sévères et les risques de fausse-route importants ; pour autant, on n'oublie pas le désir que certaines personnes manifestent de manger des petits morceaux ;
ainsi, on peut souvent proposer des PETITS morceaux TENDRES, en les positionnant entre les molaires de la personne et lui donner ainsi le plaisir de manger un peu de gâteau moelleux, des frites molles ; de même, on évite, devant l'incapacité à boire de l'eau plate, de considérer que la personne ne peut boire qu'une eau épaissie ou gélifiée : assurons-nous d'abord de ses capacités à boire une eau aromatisée ou gazeuse, un soda (sucré ou allégé), un smoothie ;

- à privilégier les ustensiles facilitateurs : cuillère au matériau adapté (plastique ou métal), éventuellement avec un manche coudé, tapis antidérapant, bord d'assiette, gobelet à échancrure nasale qui permet de maintenir la tête en flexion…

- à organiser un contexte environnemental qui favorise les échanges ; on respecte le rythme, la concentration et les désirs de la personne ; on verbalise ce que l'on fait et ce que l'on donne.

Hors repas, une rééducation orthophonique vise à améliorer la motricité buccale, à donner une respiration nasale, à limiter les troubles de sensibilité, à faciliter la déglutition salivaire.

En transmettant aux aidants ces techniques, on cherchera à créer de nouveaux automatismes de déglutition, sans faire appel au contrôle volontaire de l'acte, souvent inopérant chez la personne polyhandicapée.

Rappelons aussi l'importance d'hydrater les personnes tout au long de la journée.

La prise en charge des troubles d'alimentation et de déglutition est une priorité vitale qui implique les aidants et les professionnels de terrain. Chacun doit percevoir les risques encourus par la personne qu'il accompagne et s'approprier les modalités adaptées.

L'ALIMENTATION ORALE ET LA DÉGLUTITION

Indications d'installations et de pratiques

NON



OUI

Pour accéder à toutes nos fiches de sensibilisation autour du polyhandicap :
www.sensibilisation-polyhandicap.fr

Pour nous contacter :
Contact: arp-hdf@laposte.net

Accès rapide aux fiches :

Fiche d'introduction
Audition
Bavage, troubles de la déglution salivaire
L'alimentation orale et la déglutition
Hydratation
Reflux gastro-œsophagien
Troubles du transit intestinal et des exonérations
État nutritionnel
Dénutrition
Encombrement respiratoire
Osteoporose
Troubles urinaires
Epilepsie

HYDRATATION



Fiche N° 5 / 13

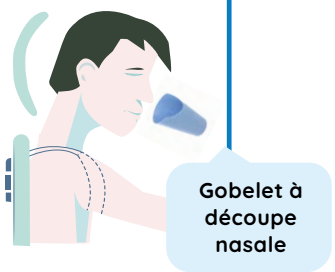
Fiche N° 5 / 13

HYDRATATION

BESOINS

Il est recommandé de boire au minimum 1 litre d'eau par jour en plus de l'apport par l'alimentation (1 litre environ).

COMMENT HYDRATER ?

TYPE DE DIFFICULTÉ RENCONTRÉE	SOLUTIONS D'AIDE
MANQUE D'AUTONOMIE	**Proposer à boire fréquemment (1 verre / heure par ex).**
REFUS DE BOISSON PENDANT LE REPAS	**Donner le maximum de l'hydratation en dehors des repas.**
TOUX AVEC LA BOISSON	○ **Fléchir la tête vers la poitrine** ○ Utiliser un **gobelet à découpe nasale** (ne nécessitant pas le redressement de la tête) ou une paille et éviter les verres « canard » et les verres étroits. ○ Renforcer le **caractère stimulant de la boisson** liquide (boisson aromatisée, boisson pétillante, boisson chaude ou froide cf. ci-dessous). ○ **Modifier la texture** de la boisson (smoothies, liquides épaissis ou gélifiés).  Gobelet à découpe nasale
REFUS DE L'EAU PLATE	**Renforcer l'information sensorielle de la boisson par :** ○ **Le goût** (en limitant toutefois les boissons sucrées pour préserver la denture, ex : boissons aromatisées) ○ **La température** (penser à tiédir une boisson en cas de refus) ○ **La texture** (boissons gazeuses, smoothies, liquides épaissis ou gélifiés) **Prévoir des repas riches en eau** (potages, smoothies, laitages, compotes).

HYDRATATION

QUELLE SURVEILLANCE ?

Contrôler les apports

Compter le nombre de verres (150 ml) et de pots d'eau gélifiée réellement consommés. Attention aux pertes sur la serviette. Une autre possibilité est d'entamer chaque matin une nouvelle bouteille sur l'étiquette de laquelle sont indiqués la date et le nom de la personne de façon à vérifier qu'elle a été consommée dans le journée.

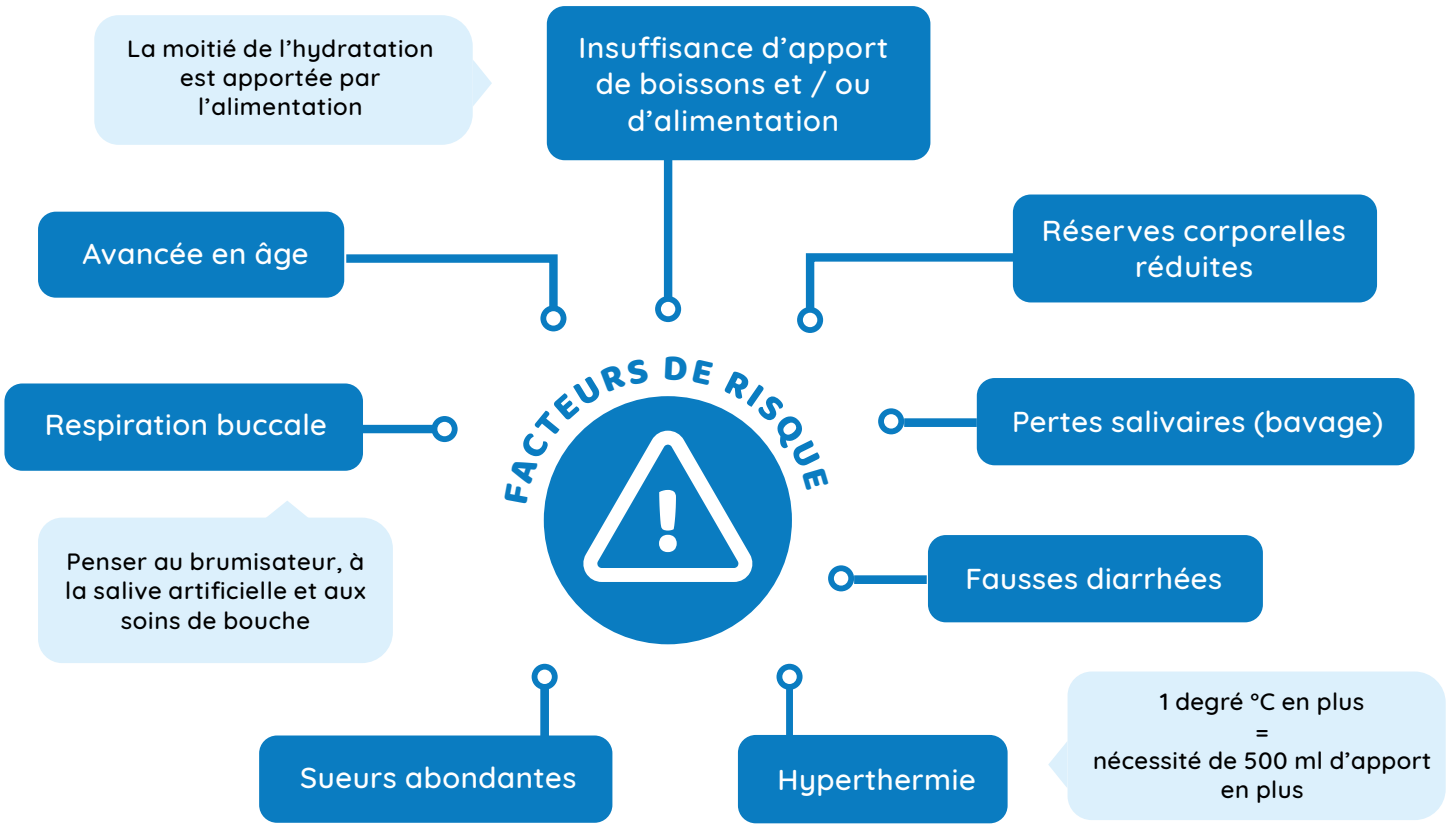
En cas de nutrition entérale, comptabiliser les apports par la sonde et par les seringues de rinçage, ainsi que les bolus d'hydratation.

Surveiller les pertes

- Surveiller la diurèse / la concentration des urines (odeur / couleur).
- Surveiller pertes salivaires / vomissements /diarrhées / hypersudation.

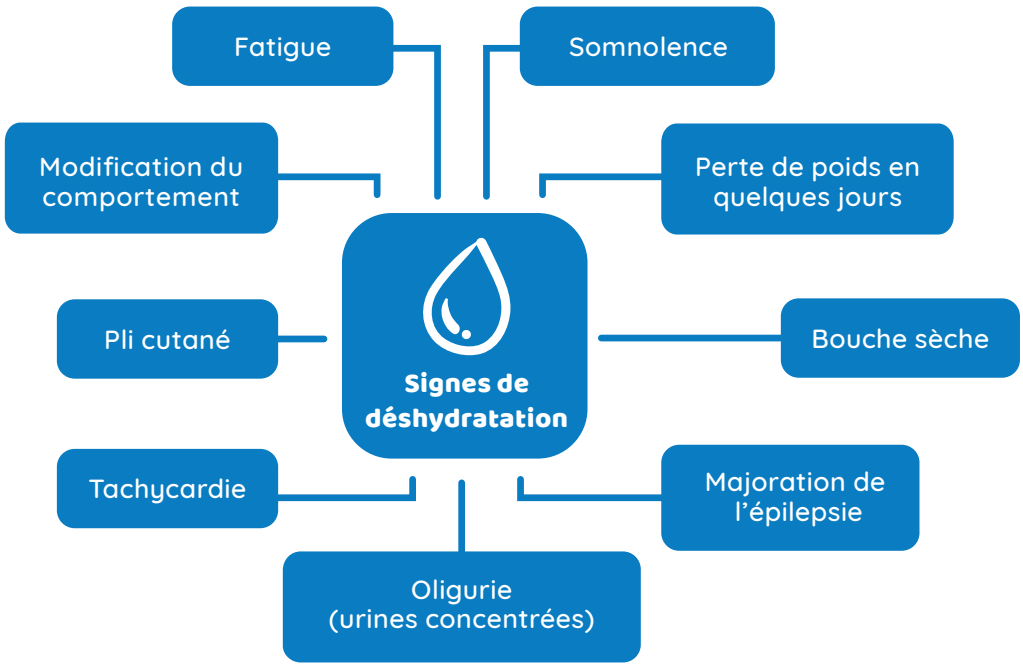
FACTEURS DE RISQUE DE DESHYDRATATION

En dehors des causes classiques (pertes digestives), les facteurs de risque de déshydratation sont nombreux en raison d'apports insuffisants et/ou de pertes excessives.



HYDRATATION

REPÉRER UNE DÉSHYDRATATION



Attention aux effets iatrogènes trompeurs des traitements anti bavage (toxine botulique glandes salivaires, patch de scopoderm)

Attention à être particulièrement attentif à une déshydratation possible en cas d'infection et/ou de fièvre, ainsi qu'en cas d'hypersudation ou de nutrition entérale exclusive.

EN CAS DE DOUTE

- **Bilan sanguin : ionogramme, urée, créatinine**
- **Ionogramme urinaire sur échantillon**

Le premier signe de déshydratation est une natriurèse verrouillée :
Na urinaire < 30 mmol / L

COMMENT RÉHYDRATER ? PAR ORDRE DE PRIORITÉ :

- Voie orale
- Voie sous-cutanée → Simple et facile ! 500 ml de sérum s/cutané sur 10 heures dans la cuisse ou l'abdomen
- Voie entérale (si elle existe)
- Voie veineuse

Pour accéder à toutes nos fiches de sensibilisation autour du polyhandicap :
www.sensibilisation-polyhandicap.fr

Pour nous contacter :
Contact: arp-hdf@laposte.net

Accès rapide aux fiches :

Fiche d'introduction
Audition
Bavage, troubles de la déglution salivaire
L'alimentation orale et la déglutition
Hydratation
Reflux gastro-œsophagien
Troubles du transit intestinal et des exonérations
État nutritionnel
Dénutrition
Encombrement respiratoire
Osteoporose
Troubles urinaires
Epilepsie

REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN



Fiche N° 6 / 13

Fiche N° 6 / 13

REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN

La prévalence du reflux gastro-œsophagien (RGO) est très importante chez les personnes polyhandicapées : de 50 à 75% selon les études. Il doit être systématiquement recherché, reconnu et traité car il constitue un facteur de risque majeur de dénutrition, troubles respiratoires, fausses-routes sur reflux et douleurs (parfois très importantes !).

FACTEURS DE RISQUE

- Anomalie fonctionnelle de la jonction entre l'œsophage et l'estomac
- +/- hernie hiatale

Dénutrition
=> Atrophie du cardia

Obésité
=> Relaxation du cardia

Mericysme

Toux chronique

Facteurs augmentant la pression intra-abdominale :

- **Constipation**
- Déformation de la colonne vertébrale

Traitements :

- Anti-épileptiques
- Neuroleptiques
- Psychotropes

Gastroparésie

- Spasticité des muscles abdominaux
- Vêtements, protections et/ou appareillage trop serrés

REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN

COMMENT REPÉRER UN RGO ?

L'expression clinique du RGO est extrêmement polymorphe et nécessite une observation dans la vie quotidienne complétée par des observations médicales car les personnes polyhandicapées ne peuvent pas bien exprimer ce qu'elles ressentent. Chacun de ces signes ne peut être interprété de manière isolée, mais par leur addition et le repérage de leur fréquence.

Signes cliniques digestifs

Régurgitations (notamment aux changements de position)
Vomissements
Nausées
Eructations (rots)
Hoquet
Présence de taches colorées sur l'oreiller

Signes ORL et stomato

Encombrement de l'arrière gorge
Infections et/ou inflammations ORL fréquentes (otites, rhino-pharyngites, angines, rhinites, laryngites…)
Écoulement nasal
Halitose (mauvaise haleine)
Irritation péri-buccale, mycose buccale
Odynophagie, dysphagie
(= douleur ou difficulté à la déglutition)
Erosion de l'émail dentaire

SIGNES ÉVOCATEURS DE RGO

Signes pulmonaires

Toux après le repas, la nuit ou aux changements de position
Pneumopathies, bronchites à répétition
Asthme et hyper réactivité bronchique

Signes généraux

Mains ou vêtements à la bouche
Hypersalivation
Troubles du sommeil
Manifestations de douleur : cris, pleurs, automutilation, agitation, renforcement de la spasticité, déstabilisation de l'épilepsie, bruxisme (grincement de dents)…
Refus alimentaires/comportement compulsif

REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN

Examens complémentaires

Compte-tenu de la lourdeur de ces examens pour les personnes polyhandicapées, le diagnostic se fera le plus souvent par la clinique et par la mise en place d'un traitement d'épreuve par IPP (inhibiteurs de la pompe à protons).

- L'examen de référence est la pHmétrie. Elle n'est interprétable que si les IPP ont été arrêtés depuis une semaine.
- La fibroscopie permet de voir une œsophagite, un endobrachyoesophage ou une sténose peptique mais n'est pas un examen de diagnostic.
- NFS, ferritine, coefficient de saturation de la transferrine ; toute anémie doit orienter sur l'hypothèse d'un RGO.

Prévention du RGO, règles hygiéno-diététiques

- Adapter la texture aux possibilités masticatoires
- Eviter les aliments acides en attendant l'effet des IPP
- Réduire le débit de la nutrition entérale
- Maintenir la personne en position redressée d'au moins 30° la nuit



- Maintenir la personne en position semi-assise dans les deux heures qui suivent le repas
- Lutter contre la constipation
- Corriger la dénutrition
- Éviter les repas trop abondants
- Éviter les vêtements serrés
- Atténuer les déformations rachidiennes et l'hyperpression abdominale
- Lutter contre la spasticité

Traitement :

Maîtrise optimale des facteurs de risques + IPP en suspension buvable ou comprimé orodispersible :

Dose d'attaque 40 mg Inexium® ou 30 mg Ogastoro® pendant 4 à 8 semaines

La dose d'attaque peut être doublée si les signes persistent

La dose peut être réduite de moitié si les signes regressent

Attention, les IPP n'empêchent pas le reflux gastro-œsophagien, ils en limitent simplement les conséquences sur la muqueuse œsophagienne

Ne jamais piler un IPP, ni ouvrir une gélule => Choisir un IPP orodispersible ou susp buvable : inexium® ou ogastoro® non substituable non modifiable.

Si les signes persistent avec un IPP double dose et une maîtrise maximale des facteurs de risque => demander un avis spécialisé.

Accès rapide aux fiches :

Fiche d'introduction
Audition
Bavage, troubles de la déglution salivaire
L'alimentation orale et la déglutition
Hydratation
Reflux gastro-œsophagien
Troubles du transit intestinal et des exonérations
État nutritionnel
Dénutrition
Encombrement respiratoire
Osteoporose
Troubles urinaires
Epilepsie

TROUBLES DU TRANSIT INTESTINAL ET DES EXONÉRATIONS



Fiche N° 7 / 13

Fiche N° 7 / 13

TROUBLES DU TRANSIT INTESTINAL ET DES EXONÉRATIONS



La constipation est une diminution du volume et de la fréquence des selles (calendrier) et une modification de leur consistance (échelle de Bristol). Toute selle dure ou toute selle liquide (diarrhée de stase) peut traduire une constipation !

L'approche clinique et thérapeutique nécessite de distinguer une constipation de transit d'une constipation terminale (quand les deux phénomènes ne sont pas associés, ce qui est fréquent chez les personnes polyhandicapées). La surveillance de l'émission de selles doit être permanente et consignée, l'aspect des selles noté.

Chez toute personne, ce qui favorise le transit intestinal et la défécation, c'est :

- un péristaltisme intestinal naturel efficace pour bien faire avancer les selles,
- des selles qui aient suffisamment de volume et qui soient bien souples pour bien avancer sous l'effet du péristaltisme intestinal,
- la station debout pour bien permettre le malaxage intestinal par les mouvements du diaphragme à chaque inspiration,
- la marche, sans doute notamment par l'effet de la dissociation des ceintures qu'elle provoque,
- pouvoir se présenter à la selle dès qu'on en ressent le besoin, sans différer cette satisfaction du besoin et laisser s'éteindre la sensation du besoin,
- pouvoir se mettre en bonne position pour déféquer, la meilleure position étant l'accroupissement ou les positions qui s'en approchent.

TROUBLES DU TRANSIT INTESTINAL ET DES EXONÉRATIONS

Chez les personnes polyhandicapées, les facteurs de risque de constipation sont donc très nombreux :

- troubles neurovégétatifs avec péristaltisme intestinal naturel appauvri ou ralenti,
- défaut de station debout, de marche et de mobilité, et au contraire station assise figée prédominante,
- alimentation parfois insuffisamment riche en fibres,
- hydratation insuffisante, et pas d'autonomie quant à la prise de liquides,
- présentation physique des aliments modifiée pour pallier aux troubles de la mastication et/ou de la déglutition (aliments mixés, boissons gélifiées),
- incapacité à exprimer le besoin ou difficulté à pouvoir le satisfaire au moment où il est ressenti,
- émoussement du besoin, lié à une distension rectale chronique,
- installation et stabilité difficiles sur les toilettes,
- intimité insuffisamment respectée lors des tentatives de défécation,
- troubles orthopédiques ou dystoniques axiaux ou des hanches, télescopage du tronc lié à une colonne vertébrale scoliotique, avec impaction pneumo-digestive, toutes conditions posturales ne facilitant pas la défécation, absence de présentation à la chaise perçée (défécation dans les protections),
- hypotonie axiale et diminution de la force de poussée,
- dyskinésies,
- spasticité sphinctérienne, dyssynergie recto-anale,
- médicaments (anticholinergiques, neuroleptiques...)

De ce fait, la constipation est vraiment très fréquente chez les personnes polyhandicapées. D'ailleurs, les radiographies font très souvent état d'une "stase stercorale" diffuse. Elle peut constituer une source importante d'inconfort permanent (abdomen rempli de matières et/ou de gaz et distendu), ou de douleurs, ainsi qu'une épine irritative susceptible de majorer la spasticité, voire d'engendrer chez les personnes épileptiques des crises. Elle favorise un reflux gastro-oesophagien. Elle peut aussi se compliquer d'un fécalome ou d'un syndrome occlusif.

TROUBLES DU TRANSIT INTESTINAL ET DES EXONÉRATIONS

Les ressources thérapeutiques face à la constipation sont les suivantes :

- alimentation riche en fibres (fruits, légumes, céréales)
- hydratation suffisante : viser 1,5 L d'apports liquidiens /j chez l'adulte (tous apports confondus cf fiche hydratation)
- verticalisation, temps quotidiens de motricité libre, quelle qu'elle soit (au sol sur tapis de sol ou sur une aide technique de locomotion de type flèche, cadre de marche…), en fonction du niveau psycho-moteur et des possibilités motrices de la personne, au minimum changements réguliers de position
- petits massages abdominaux d'aide au transit intestinal quotidiens, réalisés à la main ou à la douchette, dans le sens des aiguilles d'une montre, par les proches soignants ou les aidants familiaux, par exemple lors de la toilette du matin, auxquels on peut associer des mobilisations passives (mobilisations circulaires des hanches, jambes pliées, dans le sens des aiguilles d'une montre)
- présentation à la selle dès que le besoin est exprimé, s'il peut l'être
- sinon, présentation systématique (et persévérante au long cours) dans les 30 minutes post-prandiales pour bénéficier du reflexe gastro-colique
- aménagement ergonomique et fonctionnel de la posture de défécation : station assise stable, confortable, si possible -en fonction des données neuro-orthopédiques de la personne- posture s'approchant d'un accroupissement (flexion des hanches supérieure à 100°, si nécessaire par utilisation d'un marche-pied), avec intimité visuelle, sonore et olfactve.
- éventuel suppositoire laxatif d'aide au déclenchement
- lavements doux
- lavements hypertoniques (Normacol) seulement en cas d'échec
- traitement laxatif au long cours : laxatifs osmotiques non hypoammoniémants (Macrogol PolyEthylèneGlycol), éviter les laxatifs de lest et les laxatifs lubrifiants (en raison des troubles de la déglutition).
- irrigations transanales (Peristeen) au long cours, sur avis gastro-entérologique.

Retenons l'importance des influences délétères de la constipation sur la qualité de vie et la santé des personnes polyhandicapées et la nécessité de mettre en place un faisceau de mesures vigilantes et persévérantes, quotidiennes, hygiéno-diététiques, nutritionnelles, organisationnelles, physiques, fonctionnelles et si nécessaire médicamenteuses, pour régulariser transit et exonérations.

La constipation est chez les personnes polyhandicapées un fléau à traiter avec rigueur.

Pour accéder à toutes nos fiches de sensibilisation autour du polyhandicap :
www.sensibilisation-polyhandicap.fr

Pour nous contacter :
Contact: arp-hdf@laposte.net

Accès rapide aux fiches :

Fiche d'introduction | Audition | Bavage, troubles de la déglution salivaire | L'alimentation orale et la déglutition

Hydratation | Reflux gastro-œsophagien | Troubles du transit intestinal et des exonérations | État nutritionnel

Dénutrition | Encombrement respiratoire | Osteoporose | Troubles urinaires | Epilepsie

ETAT NUTRITIONNEL

Évaluation de l'état nutritionnel d'une personne adulte polyhandicapée



Fiche N° 8 / 13

Fiche N° 8 / 13

ÉTAT NUTRITIONNEL

Évaluation de l'état nutritionnel d'une personne adulte polyhandicapée



La dénutrition est fréquente chez les personnes polyhandicapées **(60%)**, elle doit être systématiquement dépistée.

Les facteurs de risque sont nombreux :



ETAT NUTRITIONNEL

L'évaluation repose essentiellement sur les données cliniques suivantes :

Pesée	**Il est recommandé de peser mensuellement les personnes stables et hebdomadairement les personnes fragiles.** La pesée avec un moyen adapté et toujours réalisée dans les mêmes conditions est indispensable : pèse-personne traditionnel, chaise ou lève-personne de pesée.
Circonférence brachiale (CB) Bon outil en médecine de ville ou si la pesée est impossible	Cette mesure, complémentaire de la pesée, exprimée en cm, varie dans le même sens que le poids, elle permet d'apprécier l'évolution de l'état nutritionnel : une variation de 1 cm de circonférence correspond à une variation de 2 kg (en plus ou en moins). **(Voir procédure mesure p3)**.
Calcul de l'IMC	Au préalable, la mesure nécessaire la plus exacte de la taille consiste à segmenter le corps à partir de repères osseux avec un mètre-ruban, puis à additionner ces mesures segmentaires. IMC = poids (kg)/taille (m)² Toute valeur d'IMC < 16 doit attirer l'attention.
Définition du poids de référence	○ Si le poids habituel correspond à un IMC > 16, celui-ci peut-être considéré comme référence. ○ Si l'IMC est < 16, on peut calculer un poids cible = 16 x taille (m)²
Calcul de la variation de poids	Formule = ((poids du jour - poids de référence)/poids de référence) x 100 ○ **Si amaigrissement de 5%** => surveillance médicale accrue ○ **Si amaigrissement de 10%** => prise en charge immédiate
Ingesta	**Evaluer l'appétit** => surveillance accrue si ingesta inférieurs de moitié à la ration habituelle.

Pour accéder à toutes nos fiches de sensibilisation autour du polyhandicap :
www.sensibilisation-polyhandicap.fr

Pour nous contacter :
Contact: arp-hdf@laposte.net

ÉTAT NUTRITIONNEL

Biologie (1 tube vert de 5 ml pour les 3) **:**

l'albumine ;
la transthyrétine (préalbumine) et la CRP (méthode néphélémétrique) **sont à réserver au patient instable ou décompensé.** En effet, elles restent longtemps normales en cas de marasme.

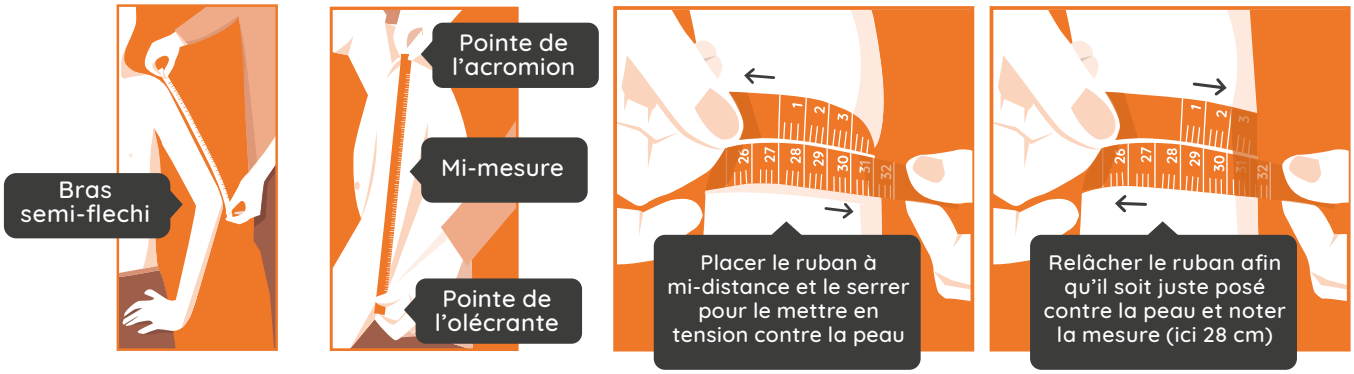
EST-IL (ELLE) DÉNUTRI(E) ?

La présence d'un seul de ces critères évoque une dénutrition

- Amaigrissement de 5% par rapport au poids de référence
- IMC < 16 kg/m² — Attention, un IMC normal n'exclut pas une dénutrition
- CB < 22 cm si IMC < 16
  CB < 25 cm si IMC > 16
- Albumine < 35 g/L — Attention, un bilan biologique normal n'exclut pas une dénutrition
- Transthyrétine < 0,18 g/L
- Ingesta < la moitié de la ration habituelle
- Perte de 3kg si IMC < 16
  Perte de 5kg si IMC > 16

Dénutri(e)

PROCÉDURE DE MESURE DE LA CIRCONFÉRENCE BRACHIALE



Pour accéder à toutes nos fiches de sensibilisation autour du polyhandicap :
www.sensibilisation-polyhandicap.fr

Pour nous contacter :
Contact: arp-hdf@laposte.net

Accès rapide aux fiches :

Fiche d'introduction
Audition
Bavage, troubles de la déglution salivaire
L'alimentation orale et la déglutition
Hydratation
Reflux gastro-œsophagien
Troubles du transit intestinal et des exonérations
État nutritionnel
Dénutrition
Encombrement respiratoire
Osteoporose
Troubles urinaires
Epilepsie

Prise en charge de la

DÉNUTRITION



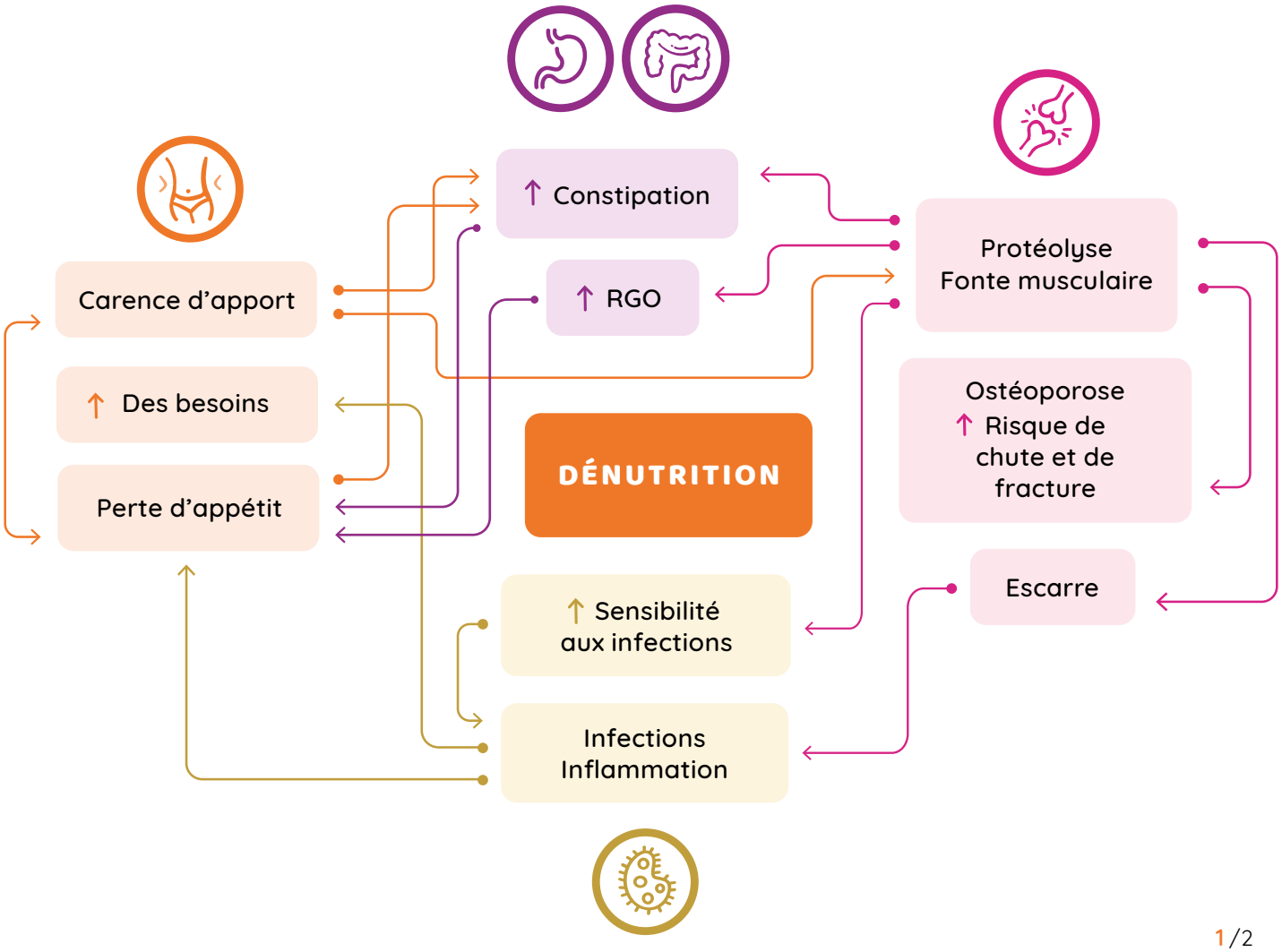
Fiche N° 9 / 13

Fiche N° 9 / 13

Prise en charge de la DÉNUTRITION

COMPRENDRE LA DÉNUTRITION ET SES CONSÉQUENCES

Pourquoi faut-il prendre en charge la dénutrition ?
Les conséquences d'une dénutrition peuvent apparaître vite ; la situation est souvent intriquée et complexe :



DÉNUTRITION

DEUX TYPES DE DÉNUTRITION

Forme chronique de dénutrition = MARASME

- Carence d'apport chronique
- Faible poids ou IMC bas
- Bilan biologique normal

Infection Inflammation

Agression au sens large (maladie intercurrente, chirurgie)

DÉNUTRITION HYPOALBUMINÉMIQUE

- Albumine ou préalbumine basse
- CRP souvent élevée
- Oedème des membres inférieurs

AXES D'ACTION

Rechercher les causes et les traiter

- Mauvais état bucco-dentaire
- Troubles de la mastication et/ou de la déglutition
- Installation inconfortable au repas
- Reflux gastro-oesophagien
- Constipation
- Jeûne nocturne > 12h

Augmenter les apports en partant de l'existant

- Enrichir l'alimentation
- +/- Utiliser les compléments oraux

Corriger ou tenir compte des facteurs de dénutrition

- Dyskinésies
- Douleur
- Hyperthermie
- Infection
- Escarre
- Maladie intercurrente

1 degré au-dessus de la T° de base augmente la dépense énergétique de 10 à 15 %

Le traitement de la douleur et celui de la fièvre sont déjà des mesures nutritionnelles

> Demande d'avis spécialisé en cas d'aggravation ou en l'absence d'amélioration ; proposition éventuelle de gastrostomie ?

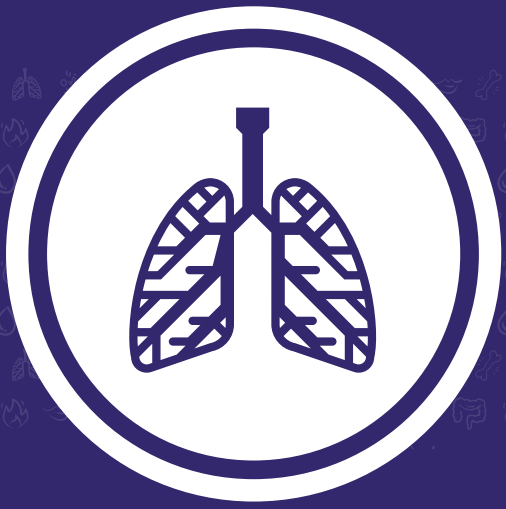
Pour accéder à toutes nos fiches de sensibilisation autour du polyhandicap :
www.sensibilisation-polyhandicap.fr

Pour nous contacter :
Contact: arp-hdf@laposte.net

Accès rapide aux fiches :

Fiche d'introduction
Audition
Bavage, troubles de la déglution salivaire
L'alimentation orale et la déglutition
Hydratation
Reflux gastro-œsophagien
Troubles du transit intestinal et des exonérations
État nutritionnel
Dénutrition
Encombrement respiratoire
Osteoporose
Troubles urinaires
Epilepsie

ENCOMBREMENT RESPIRATOIRE ET PNEUMOPATHIES



Fiche N° 10 / 13

Fiche N° 10 / 13

ENCOMBREMENT RESPIRATOIRE ET PNEUMOPATHIES



Les atteintes respiratoires sont très fréquentes chez la personne polyhandicapée. Elles constituent **la première cause de décès** (50 à 80 % des décès). La morbidité respiratoire est proportionnelle au degré de l'atteinte neuromotrice.

La prévention et la détection précoce sont essentielles. La prise en charge doit être globale.

1. Les mesures préventives de l'encombrement respiratoire

- Minorer le risque d'inhalation par fausses-routes :
  - Adapter l'alimentation aux capacités de mastication et de déglutition
  - Adapter les installations pour permettre un bon positionnement tête-tronc (Cf fiche alimentation orale et déglutition)
  - Limiter le reflux gastro-oesophagien (Cf fiche RGO)
  - Traiter les troubles de la déglutition salivaire (Cf fiche bavage-troubles de la déglutition salivaire)
  - Inclure une prise en charge orthophonique.
- Éviter si possible la sonde naso-gastrique.
- Réaliser des postures de décubitus latéral et ventral abdomen libre.
- Assurer un positionnement axial redressé et non effondré ; lutter contre la scoliose et/ou la cyphose (limitera l'aggravation du syndrome restrictif).
- Veiller à une bonne hydratation.
- Évaluer les effets iatrogènes médicamenteux (dépresseurs respiratoires comme les morphiniques).
- Avoir la prescription de kinésithérapie respiratoire facile.

Pour accéder à toutes nos fiches de sensibilisation autour du polyhandicap :
www.sensibilisation-polyhandicap.fr

Pour nous contacter :
Contact: arp-hdf@laposte.net

ENCOMBREMENT RESPIRATOIRE ET PNEUMOPATHIES

2. Les mesures préventives des infections respiratoires

- Vaccination systématique (grippe et pneumocoque)
- Protocoles d'hygiène : solutions hydro-alcooliques, précautions collectives en cas de germe résistant aux antibiotiques

3. Traitements de l'encombrement et des infections broncho-pulmonaires

- Sibilants à l'auscultation : peut justifier l'utilisation de broncho-dilatateurs en aérosol avant la séance.
- Techniques de désencombrement associées aux techniques manuelles dédiées aux voies proximales
- Désobstruction rhinopharyngée (pompage valléculaire, pompage trachéal externe, toux provoquée)

Techniques dédiées à la périphérie

- Expirations lentes prolongées en coucher infralatéral, drainage postural, vibrations

Techniques instrumentales

- Aspirations trachéo-bronchiques, percussionnaire, Cough-Assist, PEP masque, relaxateur de pression (les aspirations ne doivent pas dépasser le carrefour des cordes vocales).

?

Retrouvez toutes nos actions et actualités sur le site de l'association :

www.ressourcespolyhandicap.org

Accès rapide aux fiches :

Fiche d'introduction | Audition | Bavage, troubles de la déglution salivaire | L'alimentation orale et la déglutition

Hydratation | Reflux gastro-œsophagien | Troubles du transit intestinal et des exonérations | État nutritionnel

Dénutrition | Encombrement respiratoire | Osteoporose | Troubles urinaires | Epilepsie

OSTÉOPOROSE



Fiche N° 11 / 13

Fiche N° 11 / 13

OSTÉOPOROSE



Surveillance préventive indispensable : apports systématiques en Vitamine D, qualité nutritionnelle, activité physique, ensoleillement

- Surveillance : carence en Vitamine D ? Dénutrition en protides et en calcium (un IMC <20 est facteur d'ostéoporose) ? Activité physique quotidienne insuffisante ? Sorties ensoleillées trop rares ?

- Bilan biologique annuel recommandé : calcémie, phosphorémie, 25OH-Vit D3, parathormone, bilan rénal (créatinine), CRP, albuminémie.

- **Si carence en Vit D** : supplémenter selon les recommandations (cf HAS) (https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/osteoporose_synthese.pdf)

- **Si insuffisance nutritionnelle**, pas de compléments en calcium sous forme médicamenteuse mais enrichir l'alimentation calcique (produits laitiers, eaux riches en calcium -Contrex, Hepar, Courmayeur-)

Pour accéder à toutes nos fiches de sensibilisation autour du polyhandicap :

www.sensibilisation-polyhandicap.fr

Pour nous contacter :

Contact: arp-hdf@laposte.net

OSTÉOPOROSE

Recommandations pour la réalisation d'une densitométrie osseuse (DMO) à la recherche d'une ostéoporose patente en vue d'un éventuel traitement par les di-phosphonates

Deux cas de figure :

A- EN DEHORS D'UN CONTEXTE DE FRACTURE

La DMO est recommandée en cas de risque élevé de fracture (chutes, traumatismes répétés) ou de facteurs de risque avérés d'ostéoporose (dénutrition, carence en vitamine D).

B- EN CAS D'ANTÉCÉDENTS DE FRACTURE

Si la fracture témoigne d'une éventualité d'ostéoporose (vertèbre, hanche, bassin, poignet, épaule, fracture sans traumatisme) une DMO est recommandée.

La radiographie simple ne permet pas de dépister une ostéoporose, elle peut seulement témoigner de séquelles de fractures (notamment vertébrale qui laisse comme séquelle un tassement) ; seule la DMO objective une éventuelle ostéoporose.

Il n'y a pas de lien entre l'ostéoporose et un risque de mauvaise consolidation fracturaire (le traitement de l'ostéoporose n'est pas indiqué pour le traitement des fractures mais pour la prévention de la récidive) .

Modalités de la réalisation de la densitométrie osseuse

Réalisation de la densitométrie osseuse : privilégier en milieu hospitalier, en service de médecine nucléaire (si possible avec le même appareil) et, si nécessaire, au cours d'une hospitalisation.

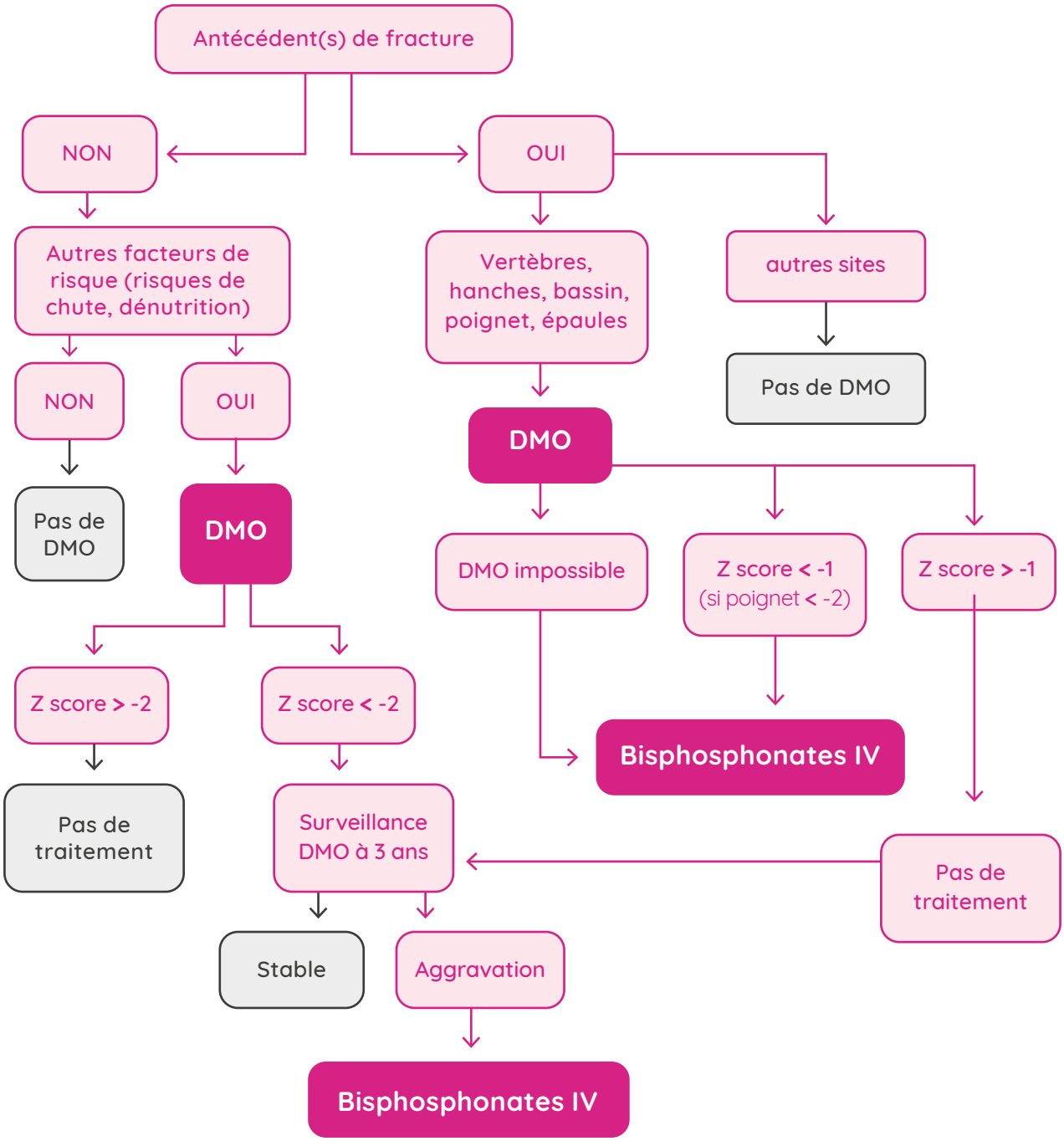
Surveillance

Le traitement de choix de l'ostéoporose : bisphosphonates IV (de préférence, Acide Zolédronique 5mg (ou 1mg/10kg si <40kg), 1 par an pendant 3 ans), avec les précautions d'usage.

Cf. arbre décisionnel traitement ostéoporose dans le polyhandicap (p3)

OSTÉOPOROSE

Arbre décisionnel pour le dépistage et le traitement d'une ostéoporose dans le polyhandicap (chez le sujet de moins de 50 ans, car au-delà de cet âge les recommandations générales -GRIO, HAS- s'appliqueront)



Accès rapide aux fiches :

Fiche d'introduction
Audition
Bavage, troubles de la déglution salivaire
L'alimentation orale et la déglutition
Hydratation
Reflux gastro-œsophagien
Troubles du transit intestinal et des exonérations
État nutritionnel
Dénutrition
Encombrement respiratoire
Osteoporose
Troubles urinaires
Epilepsie

TROUBLES URINAIRES

Chez la personne polyhandicapée adulte



Fiche N° 12 / 13

TROUBLES URINAIRES

CHEZ LA PERSONNE POLYHANDICAPÉE ADULTE



Signalons au préalable que polyhandicap ne signifie pas forcément incontinence : le dépistage attentif des signes exprimant un besoin, la mise en œuvre de conditions de mictions satisfaisantes (avec installation adaptée en termes de maintien postural notamment), voire une programmation des mictions à heures régulières peuvent permettre à certaines personnes polyhandicapées de ne pas être contraintes de porter une protection permanente.

Néanmoins, le comportement mictionnel est souvent perturbé par des causes diverses.

1. Causes neurologiques

Il existe presque toujours une anomalie de fonctionnement vésico-sphinctérien chez les personnes polyhandicapées. 2 sur 3 présentent une vessie instable du fait du défaut de l'inhibition exercée habituellement par les centres corticaux sur le centre mictionnel du tronc cérébral et de la moelle épinière. Cliniquement, on observe une pollakiurie diurne et nocturne et des urgences mictionnelles avec ou sans fuites. Cette hyperactivité vésicale est souvent associée à une dyssynergie vésico-sphinctérienne (défaut de relaxation du sphincter urinaire lors de la miction), provoquant une dysurie avec vidange vésicale de mauvaise qualité (résidu post-mictionnel supérieur à 100 ml chez l'adulte, qui a tendance à augmenter naturellement avec l'âge) et potentiellement des infections urinaires à répétition, voire la constitution peu à peu d'une vessie de lutte avec risque à terme de reflux vésico-urétéral.

L'incontinence peut aussi être en lien avec un défaut d'identification par la personne du besoin d'uriner ou des troubles sensitifs vésicaux retardant la sensation de besoin et provoquant des mictions par regorgement sur rétention.

Une échographie vésico-rénale de dépistage systématique, surtout chez les personnes très spastiques, recherchera l'existence d'une éventuelle vessie de lutte (paroi vésicale épaissie et diverticulaire) et des anomalies du haut appareil urinaire (dilatation pyélocalicielle, lithiase).

Devant ce type de dysfonctionnements urinaires neurologiques, on privilégiera les traitements médicamenteux visant à limiter la dyssynergie vésico-sphinctérienne et la rétention, à savoir les thérapeutiques alpha-bloquantes (ex : alfuzosine, tamsulosine, ...). Les fuites urinaires par urgenturie peuvent éventuellement justifier la prescription d'un traitement anticholinergique (ex. : solifenacine, chlorure trospium...) en surveillant étroitement la survenue d'effets secondaires de type constipation, rétention urinaire, sécheresse buccale.
Les autres recours, à savoir hétérosondages quotidiens, incontinentation chez l'homme (par prothèse endo-urétrale ou par sphinctérotomie définitive), dérivation urinaire non continente type Bricker, sont à discuter au cas par cas avec une équipe spécialisée en neuro-urologie.
Dans la mesure du possible, on évitera le port d'une sonde à demeure source de multiples complications à moyen ou long terme (infectieuses, lithiasiques, néoplasiques, ...).

TROUBLES URINAIRES

2. Autres causes de troubles urinaires

- la constipation
- l'existence d'une « épine irritative » quelconque
- certains médicaments (notamment avec effet anticholinergique)
- une infection urinaire non démasquée (surveiller toute modification de la fréquence mictionnelle, ou de la couleur ou de l'odeur des urines, ou toute perturbation générale : changement de comportement, modification de la température de base)
- les troubles comportementaux (comportement d'urination en rapport avec un syndrome frontal sans lien avec un dysfonctionnement vésico-sphinctérien).

3. Examens paracliniques et surveillance

En fonction de la gravité des symptômes, un bilan paraclinique sera réalisé : **bilan sanguin rénal** (urée, créatinine, idéalement clairance de la créatinine sur les urines des 24 heures en cas d'amyotrophie importante) **et inflammatoire, ECBU** par collecteur ou sondage et **échographie vésico-rénale** avec mesure du résidu post-mictionnel si possible. Le bilan urodynamique n'est en général pas réalisé car souvent mal toléré et donc difficile d'interprétation, mais une demande d'avis urologique est toujours envisageable.

Le suivi doit se baser sur les éléments cliniques, surtout infectieux qui témoignent d'une rétention chronique le plus souvent, et sur la surveillance régulière du résidu post-mictionnel par échographie sus-pubienne (bladder scan) voire sur une échographie vésico-rénale à la recherche d'anomalies du haut appareil urinaire, ponctuellement en l'absence de signes urinaires alarmants et annuellement si problème. Il en est de même du bilan biologique rénal.

?

Retrouvez toutes nos actions et actualités sur le site de l'association :

www.ressourcespolyhandicap.org

Accès rapide aux fiches :

Fiche d'introduction
Audition
Bavage, troubles de la déglution salivaire
L'alimentation orale et la déglutition
Hydratation
Reflux gastro-œsophagien
Troubles du transit intestinal et des exonérations
État nutritionnel
Dénutrition
Encombrement respiratoire
Osteoporose
Troubles urinaires
Epilepsie

QUELQUES MOTS SUR

L'EPILEPSIE



Fiche N° 12 / 13

Fiche N° 13 / 13

QUELQUES MOTS SUR L'ÉPILEPSIE



A. Epilepsie stable

Suivi annuel recommandé auprès d'une consultation spécialisée ; tenue au quotidien du « carnet de suivi de l'épilepsie ».

Le carnet de suivi est un outil indispensable permettant d'orienter la recherche des causes des variations comitiales éventuellement observées (influence du cycle menstruel par exemple).

B. Epilepsie non équilibrée

Une aggravation de l'épilepsie peut ne pas se manifester exclusivement par une augmentation de fréquence ou de sévérité des crises, mais aussi par des changements de vigilance et/ou de comportement (patient anormalement calme).

Les causes d'aggravation peuvent être (par ordre de fréquence) :

1. médicamenteuses : erreurs d'administration, changement de posologie, modification des molécules (attention aux génériques de biodisponibilité variable, préconiser le médicament habituellement prescrit), interactions (Macrolides, Tegretol…)

2. la constipation, l'hyperthermie, la fatigue, une perturbation du sommeil, une infection, la douleur, l'inconfort…

3. métaboliques : désordres hydro-électrolytiques (hyponatrémie, déshydratation)

4. les changements de saison, les saisons intermédiaires (printemps, automne, effets des variations de la luminosité ?).

Si aucune explication n'est retenue, ne pas hésiter à consulter le neurologue.

Pour accéder à toutes nos fiches de sensibilisation autour du polyhandicap :

www.sensibilisation-polyhandicap.fr

Pour nous contacter :

Contact: arp-hdf@laposte.net

QUELQUES MOTS SUR L'ÉPILEPSIE

C. Situation d'Urgence épileptique

L'**état de mal** est caractérisé par une crise convulsive de plus de 5 min, ou des crises rapprochées, ou encore une période post-critique particulière par son aspect (somnolence non réveillable) ou par sa durée (plus d'une heure).

Tout patient épileptique doit être muni du traitement à administrer dans cette situation ainsi que du protocole d'urgence, écrit et facilement accessible, précisant la conduite à tenir : posologie, conditions et modalités d'administration.

Le traitement de choix est constitué par les benzodiazépines d'action rapide : en première intention, Valium® injectable administré en intra-rectal, Clonazépam (Rivotril®) en gouttes, ou Midazolam (Buccolam®) en seringues préremplies par voie sublinguale (peut être utilisé hors AMM chez l'adulte).

Si la situation persiste, l'appel au 15 s'impose.

?

Retrouvez toutes nos actions et actualités sur le site de l'association :

www.ressourcespolyhandicap.org

Association
Ressources
Polyhandicap
Hauts-de-France

8 Rue Claude Monet 59237 Verlinghem

Retrouvez toutes les actions de l'Association sur :

www.ressourcespolyhandicap.org