



Qu'est ce que la spasticité?



Dr Armande THIBAUT

Service de MPR

GHH

28 janvier 2023

Définition

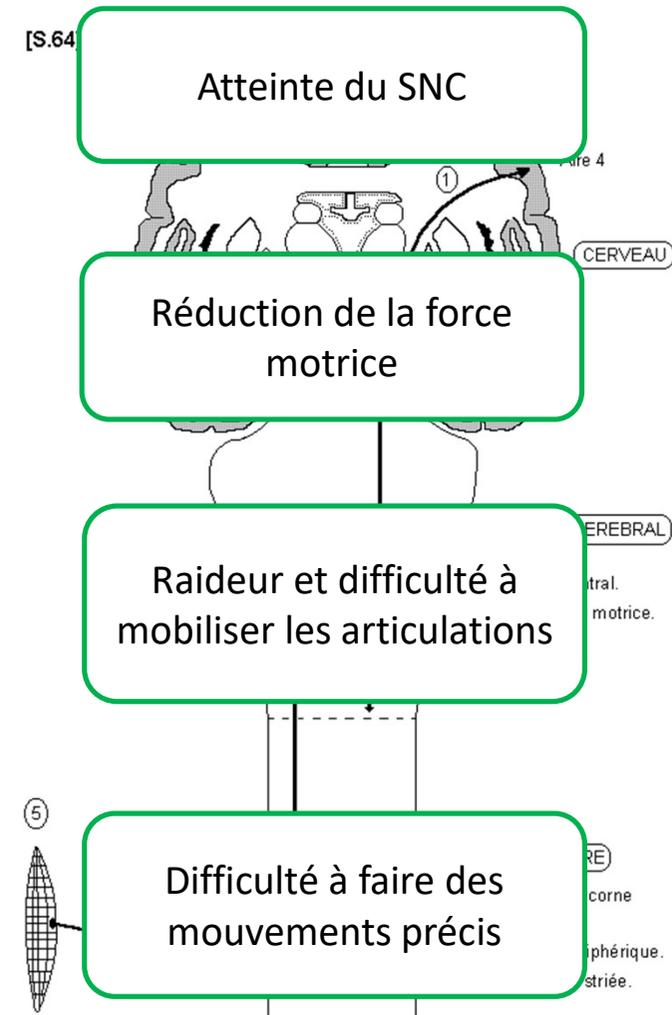
Lance ; 1980

« Désordre moteur caractérisé par une augmentation vitesse dépendante du réflexe tonique d'étirement avec exagération des réflexes osteo-tendineux, résultant d'une hyperexcitabilité du réflexe d'étirement et qui est un des composants du **syndrome pyramidal**. »

Syndrome pyramidal

Atteinte du faisceau cortico-spinal

- Déficit moteur
- Anomalie des ROT et cutanés
- Troubles du tonus musculaire
 - Lésion aiguë et étendue : hypotonie
 - Lésion partielle ou progressive ou secondairement : hypertonie
- Perte de sélectivité du mouvement
- Autres signes : abolition des RCA, syncinésies



Hyperactivité musculaire

- **Spasticité** : augmentation vitesse dépendante du réflexe tonique d'étirement
- **Dystonie spastique** : contraction spastique d'un muscle au repos
- **Co-contraction** : recrutement inappropriée d'un muscle antagoniste déclenché par la commande volontaire sur l'agoniste

Évaluation = clinique

- Examen clinique
 - Au membre supérieur : prédominance sur les fléchisseurs

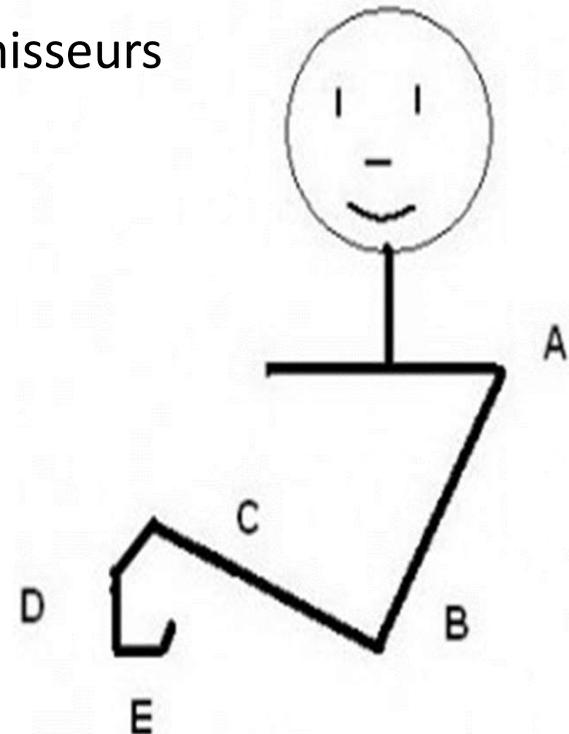
A : Adducteurs d'épaule : grand pectoral

B : Fléchisseurs de coude : brachial

C : Fléchisseurs de poignet : FRC - FUC

D : Fléchisseurs du pouce

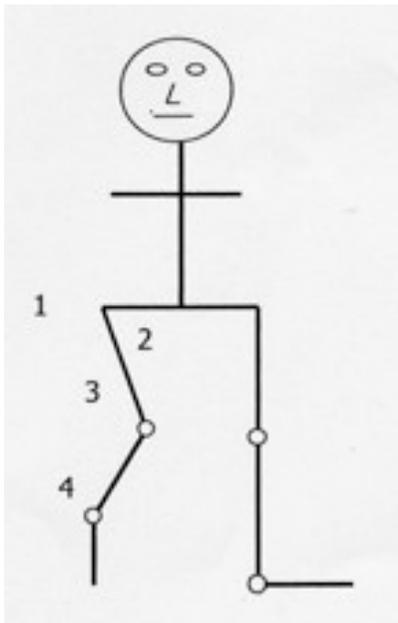
E : Fléchisseur des doigts : FPD - FSD





Évaluation

- Examen clinique
 - Au membre inférieur : prédominance sur les muscles anti-gravitaires



- 1 : Fléchisseurs de hanche : psoas
- 2 : extenseur de genou : quadriceps
- 3 : Fléchisseurs de genou : IJ
- 4 : Fléchisseurs plantaires : TS – LFO



Évaluation

Échelle d'Ashworth modifiée (MAS)

MAS (sur 4)	MAS (sur 5)	Descriptif du niveau
0	0	Pas d'hypertonie
1	1	Légère hypertonie avec <i>stretch reflex</i> ou minime résistance en fin de course
1+	2	Hypertonie avec <i>stretch reflex</i> et résistance au cours de la première moitié de la course musculaire autorisée
2	3	Augmentation importante du tonus musculaire durant toute la course musculaire, mais le segment de membre reste facilement mobilisable
3	4	Augmentation considérable du tonus musculaire. Le mouvement passif est difficile
4	5	Hypertonie majeure. Mouvement passif impossible

0	Absence de spasme
1	Absence de spasme spontané. Présence de spasmes induits par stimulation sensorielle ou mobilisation passive.
2	Spasmes spontanés occasionnels
3	Nombre de spasmes spontanés compris entre 1 et 10 par heure
4	Plus de 10 spasmes spontanés par heure

Échelle de Tardieu

1. Intensité du réflexe

0	Pas de réflexe d'étirement ;
1	Contractions musculaires visibles ou palpables ;
2	Contraction avec ressaut ;
3	Trépidations épuisables ou hypertonie marquée permettant une mobilisation aisée ;
4	Trépidations inépuisables ou hypertonie considérable avec mobilisation difficile ;
5	Rigidité sans mobilisation possible

2. Vitesse d'étirement

V1	= Vitesse inférieure à celle imposée par la pesanteur ;
V2	= Vitesse égale à celle de la pesanteur ;
V3	= Vitesse supérieure à celle de la pesanteur

3. Noter l'angle d'apparition du réflexe.

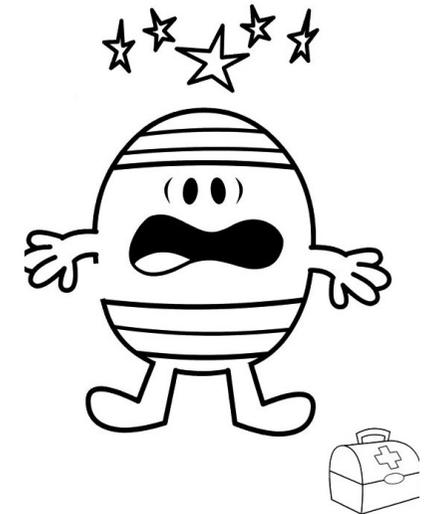
Échelle des spasmes de Penn

Évaluation

- Variabilité :
 - Évolution naturelle
 - Au cours de la journée / fatigabilité
 - Selon la gravité / position
 - Température
 - Épine irritative

Épine irritative

- Infection urinaire
- Lithiase vésicale
- Lésion cutanée (escarre, ongle incarné...)
- Retard de transit
- Douleurs
- Règles
-



En pratique :

- Raideur
- Blocage
- Gêne au mouvement
- Membre qui bouge tout seul
- Douleur
- ...



Traitement

Faut-il traiter?

Spasticité gênante

- Gêne au mouvement / chute
- Nursing / hygiène / habillage
- Douleurs
- Installation / confort
- Esthétique
- Prévention des déformations / complications
-

Spasticité aidante

- Transferts
- Préhension
- Port de charge
-
- Non gênante

Pas de
traitement



Traitement

- La spasticité est elle gênante?
- Est elle la principale cause de la gêne?
 - Quelles sont les autres composantes de la gêne?
- Spasticité localisée ou diffuse?

=> recommandations de bonne pratique AFSSAPS 2009-2011

Quels traitements?

Répartition de la spasticité?

Focale

Traitements locaux / ciblés

Toxine botulique

Diffuse / généralisée

Traitements PO

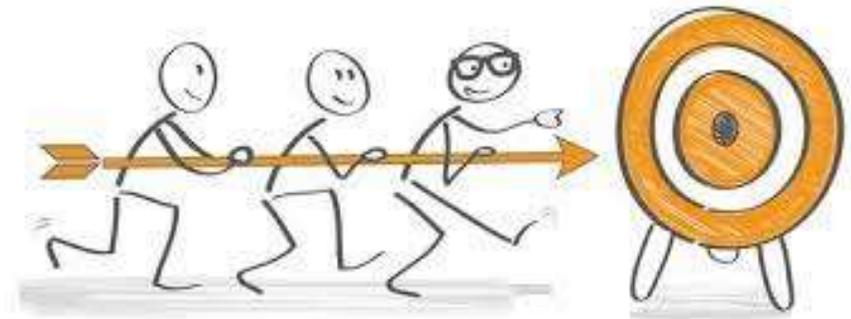
Baclofene intrathécal

Chirurgie neuro-orthopédique

Traitements : objectifs

- Fixer les objectifs avec le patient

S : spécifique
M : mesurable
A : atteignable
R : réaliste
T : temporel



Traitement

- Première intention : mobilisation
- Séances de kinésithérapie
- Auto-exercices d'étirements



10101094547
Docteur THIBAUT Armande

DEPARTEMENT DE
MEDECINE PHYSIQUE ET
READAPTATION

Chef de Pôle
Dr V. LANGLOIS

Cadre de Pôle
Mme C. DUBOS

Responsable de département
Dr A. THIBAUT

Praticiens Hospitaliers
Dr M. BELLAALA
Dr C. BILLOTEIN
Dr A. CADREAU
Dr M. DIAZ
Dr F. FOUILLON
Dr C. ROSSIGNOL
Dr A. THIBAUT

Secrétariat Médical
Tél : 02 32 75 2600
02 32 75 22 17
et : medec.fine@ch-havre.fr

BP 24
76031 Le Havre Cedex

Le Havre,
Le 28/01/2023

Concerne :
Jean AYMARD

Pratiquer par un MKDE
en cabinet
les séances de rééducation de l'hémicorps droit
2 fois par semaine

- étirements lents et répétés des muscles spastiques
- entretien des amplitudes articulaires / lutte contre les rétractions
- apprentissage d'auto-exercices d'étirements du triceps sural droit et des fléchisseurs des doigts

QSP 3 mois

Docteur THIBAUT Armande

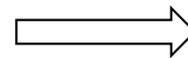


N° FINISS : 760803770

Traitement : toxine botulique



- 3 molécules : Botox, Dysport, Xeomin
- Bloque la libération présynaptique de neurotransmetteurs (ACh)
- Dose maximale par séance
- Délai 3 mois entre deux injections
- Effets secondaires fréquents :
 - fébricule
 - sd pseudo-grippal
 - hématome au point d'injection



Paracétamol



Traitements : PO

- Pas en première intention en post AVC (faible efficacité / effets secondaires)
- En première intention BM/SEP si spasticité diffuse
- Pas de preuve d'effet sur le retentissement fonctionnel
- 2 molécules AMM : Baclofène ; Tizanidine

Traitements : PO

- BACLOFÈNE

- Analogue GABA (inhibition présynaptique)
- Déconseillé en post AVC précoce
- Demi vie courte : 3 prises par jour
- Max 120mg/j
- Croissance et décroissance progressive
- Abaisse le seuil épileptogène
- Passe peu la barrière hémato-encéphalique



Traitements : PO

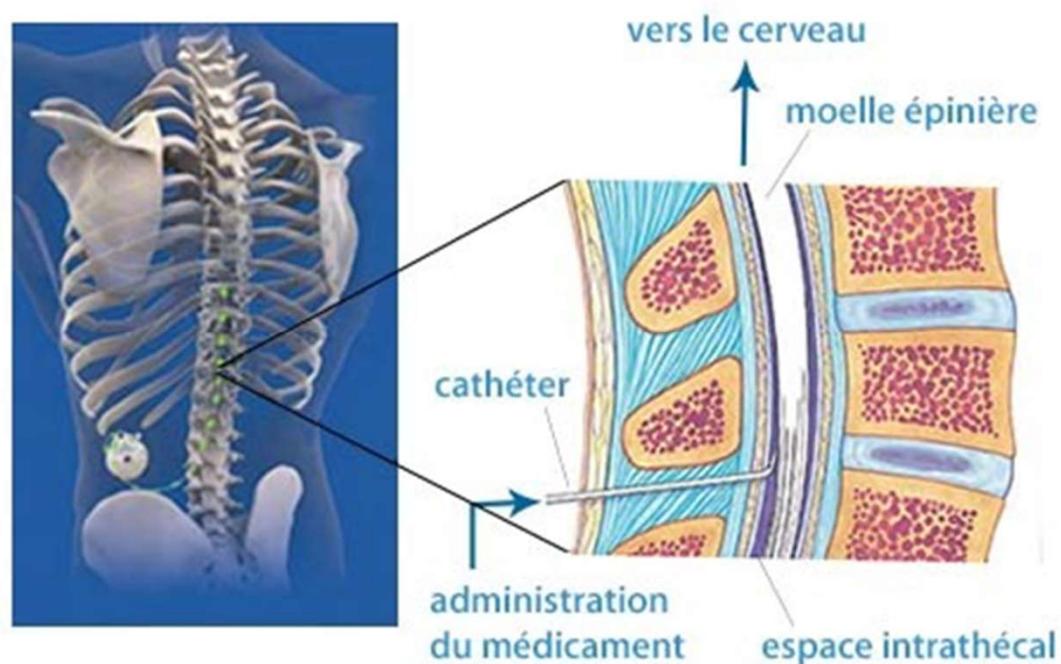
- TIZANIDINE : Sirdalud
 - ATU nominative
 - Si inefficacité / contre indication / effets secondaires au Baclofène

Traitements : PO

- Hors AMM
 - Valium / DIAZEPAM
 - Rivotril / CLONAZEPAM
 - Dantrium / DANTROLÈNE

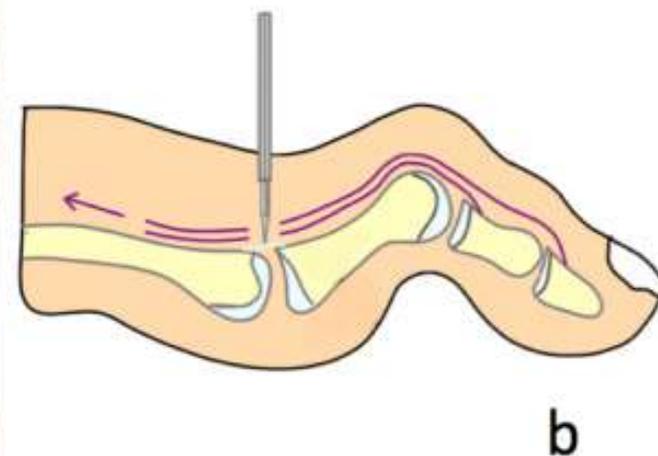
Traitements : Baclofène intra-thécal

- Diffusion continue de Baclofène
- Efficacité sur les MI (tronc)
- Tests pré-implantation



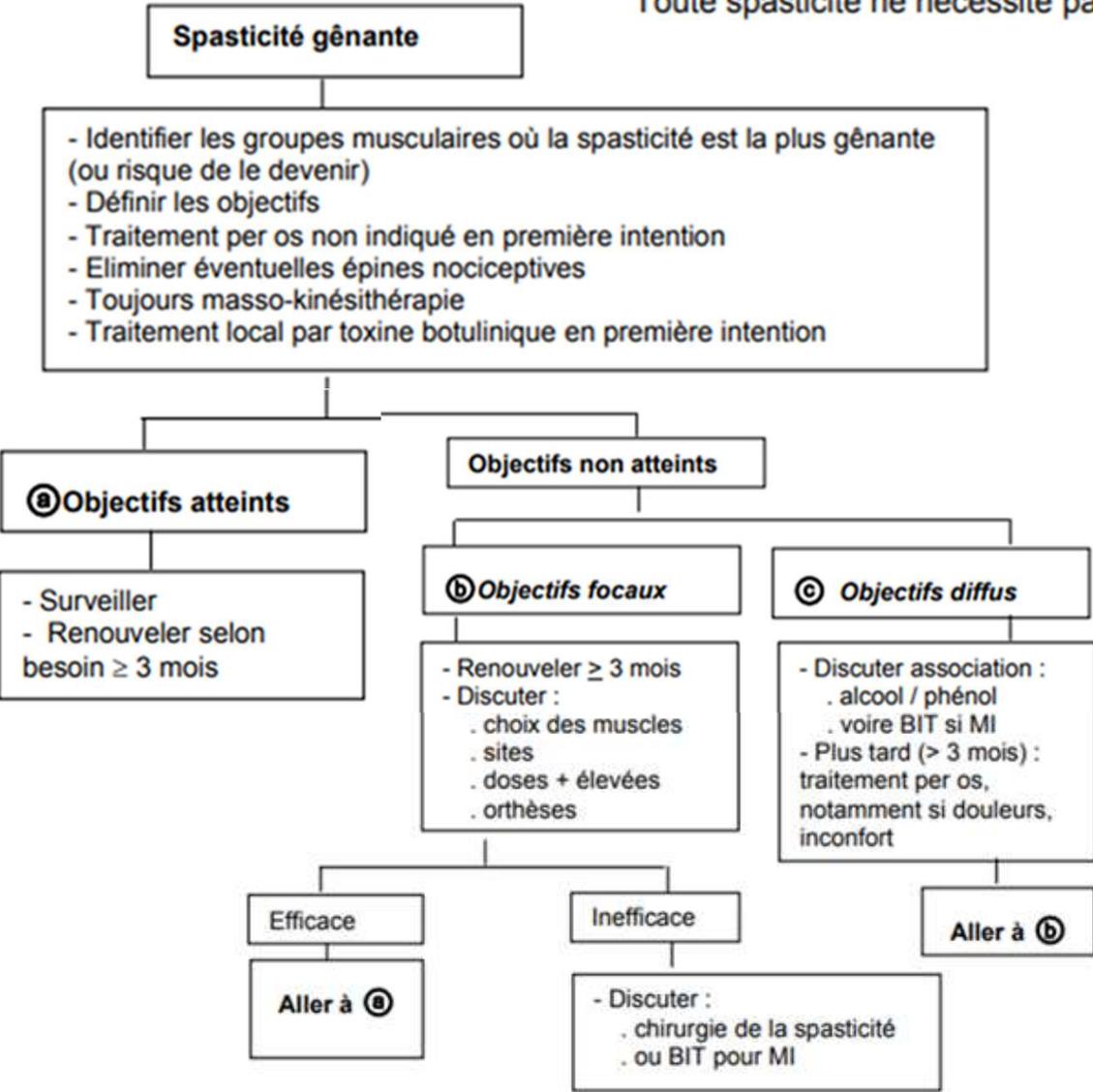
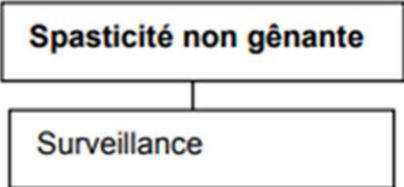
Traitements : chirurgie de neuro-orthopédie

- Gestes musculaires / tendineux / osseux / nerveux
- Développement des techniques percutanées
- Discussion collégiale
- Tests pré-chirurgicaux (blocs moteurs / TB)



Principes généraux

Toute spasticité ne nécessite pas de traitement



Messages clés

- Atteinte du SNC
- Spasticité : clinique
- Réévaluation fréquente
- Recherche d'épine irritative
- Gène fonctionnelle du patient => objectifs
- Privilégier les traitements locaux

