

HYPERTONIES DÉFORMANTES ACQUISES DE LA PERSONNE ÂGÉE

Définition

Les **Hypertonies Déformantes Acquisées** (HDA) sont définies comme : toute déformation articulaire, avec réduction d'amplitude et augmentation de la résistance à la mobilisation passive, quelle qu'en soit la cause, à l'origine d'une gêne fonctionnelle, d'un inconfort et de toute autre limitation dans les activités de la vie quotidienne (1).

Physiopathologie

La physiopathologie est fréquemment de mécanisme mixte (2).

D'une part **neurogène, pyramidale** (séquelles d'AVC, myélopathie cervicoarthrosique...) ou **extrapyramidale** (maladie de Parkinson...). Il coexiste fréquemment une composante **comportementale** ou **oppositionnelle**, fréquente dans les troubles cognitifs majeurs tels que la démence fronto-temporale ou la maladie d'Alzheimer.

D'autre part **non neurogène** : L'immobilisation seule peut induire l'HDA. Les modifications observées sont :

- **Articulaires** : Avec une dégénérescence du cartilage et de la capsule articulaire et une augmentation des cellules et des médiateurs pro-inflammatoires et pro-fibrotiques au niveau de la capsule articulaire.
- **Péri-articulaire** : Avec une modification des fibres de collagène avec augmentation de la proportion de fibres de type 1 entraînant une désorganisation structurale ainsi que la création de ponts entre les fibres les rendant cassantes et limitant leur élasticité.
- **Musculaire** : Avec un raccourcissement des sarcomères.

Épidémiologie

Dans son étude concernant 39 institutions gériatriques (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et Unité de Soins de Longue Durée (USLD)), soit 3145 patients, Dehail et al. retrouvent une prévalence de 22 % d'HDA (1).

De plus, parmi ces 22 %, environ un quart des résidents (24,6 %) présentait plus de 5 HDA alors que seulement 14,2 % ne présentaient qu'une HDA. Les résidents présentaient en moyenne 4 HDA. Il n'y avait pas de différence de prévalence d'HDA en EHPAD ou en USLD.

Facteurs favorisants

Le *primum movens* de l'HDA est la **RESTRICTION DE MOBILITÉ**.

Les causes des restrictions de mobilité sont multiples dans cette population âgée avec comorbidités :

- Affections neuro-orthopédiques avec paralysie +/- hypertonie (Maladies neurodégénératives, AVC, atteintes extrapyramidales). Chez la personne âgée, l'hypertonie est souvent mixte avec une hypertonie pyramidale, extrapyramidale et également oppositionnelle.
- Iatrogène (fréquente). Exemple : Les psychotropes favorisant la restriction de mobilité peuvent avoir un rôle sur l'HDA.
- L'appauvrissement fonctionnel observé dans la prise en charge des personnes âgées (personnel limité ne permettant pas une mobilisation pluriquotidienne de toutes les personnes âgées institutionnalisées).
- Les facteurs environnementaux sont primordiaux dans l'apparition de l'HDA. Il s'agit de **NE PAS FAIRE À LA PLACE de la personne âgée** y compris pour des gestes simples comme se laver les dents, manger seul, marcher.

Retentissement

L'HDA entraîne un fort retentissement sur les activités de la vie quotidienne. Les plus fréquemment retrouvées sont : les douleurs (spontanées ou lors des soins), les plaies et mycoses et les **difficultés à la marche**. Ces conséquences entraînent une diminution de l'autonomie restante (3).

On peut observer également un **déclin cognitif** en lien avec l'HDA en rapport avec la perte des capacités gestuelles procédurales liées aux rétractions ainsi que la perte de communication liée à la douleur (4, 5).

Par ailleurs, plus le nombre d'HDA augmente chez un même patient, plus les soins d'hygiène, de nursing, d'habillage et d'installation mettent les équipes soignantes en difficulté. On note, de ce fait, un surcoût de prise en charge de l'HDA.

La prévention : Toujours !!

Des modèles de restauration fonctionnelle, pour « aider à faire » ont été décrits (6). Tous les acteurs doivent jouer un rôle dans le maintien des activités. Cette activité peut s'intégrer dans un projet d'établissement avec des stands d'exercice dans toute la résidence (en mettant par exemple des parcours de marche à différents endroits de la résidence, en désignant un référent responsable des activités physiques, etc.). Il est important de structurer ce projet dans un cadre de management général.

Tous les acteurs autour du patient doivent être impliqués : rééducateurs, soignants, le patient lui-même et sa famille.

Cette prise en charge globale avec implication de tous les acteurs est une **philosophie de soin**, ce n'est **pas un surcoût supplémentaire**. Il est primordial d'impliquer tous les soignants mais aussi les familles qui sont demandeuses et qui très souvent, participent de manière intuitive.

Les *mobilisations* peuvent être réalisées lors des séances de rééducation mais également en dehors avec un apprentissage d'autoexercices, mobilisations lors des changes ou des transferts. Chaque petite quantité de temps investie pour les mobilisations se transformera en un gain de temps important pour la toilette, l'habillage, l'installation, etc.

Une *installation* au fauteuil ou au lit bien réalisée permettra de compléter les mobilisations.

La *physiothérapie* telle que glaçage, vibration n'a d'efficacité que si elle est intégrée à un programme de restauration fonctionnelle global.

Les *orthèses de postures* ne sont pas recommandées si elles sont portées de manière isolée du fait du risque d'opposition supplémentaire, de lésion cutanée. Elles peuvent être mises en place dans le cadre d'un programme de rééducation bien défini.

Modalités de suivi

L'échelle de GAS (Goal Attainment Scaling) est une échelle personnalisée permettant de définir des objectifs de prise en charge et d'en suivre l'efficacité. Cette échelle, est tout à fait adaptée à la prise en charge de l'HDA car elle permet d'avoir un même langage entre le médecin de MPR, le médecin gériatre, l'équipe de soins, le patient et sa famille.

Elle favorise fortement la participation du personnel soignant à travers la communication des objectifs. De plus, c'est un outil très utile pour fixer et suivre les objectifs dans le temps.

Lors de l'évaluation initiale, on définit un ou plusieurs objectifs. Le score initial est généralement de -1 car une détérioration est considérée comme possible après traitement.

A chaque consultation de suivi, on évalue si on a atteint les objectifs. Le score 0 est le niveau le plus probable pouvant être atteint si le patient reçoit le traitement prévu. L'objectif est d'avoir un maximum de patients à 0. De nouveaux objectifs peuvent être définis à chaque consultation.

-2	-1	0	1	2
Beaucoup moins	Un peu moins	Résultat attendu	Un peu plus	Beaucoup plus

Exemple 1	Exemple 2
	
<p>Objectif n°1 : Faciliter les soins d'hygiène et la mise de protection</p> <p>Objectif n°2 : Faciliter l'installation au fauteuil</p>	<p>Objectif n°1 : Guérison de l'escarre</p> <p>Objectif n°2 : Diminution de la douleur lors de la toilette de la main</p> <p>Objectif n°3 : Diminution du temps nécessaire pour faire la toilette de la main (laver et sécher correctement)</p>

Stratégies thérapeutiques

La filière de soins de l'HDA est en plein développement et des stratégies thérapeutiques spécifiques adaptées à chaque patient sont possibles. Des réseaux de prise en charge multidisciplinaire avec une formation des médecins doivent être développés afin de faciliter la prise en charge des patients atteints d'HDA. A titre d'exemple, un réseau de soins coordonné gériatrie/MPR a été développé au centre médico-chirurgical des Massues (Lyon 5^{ème}) afin de prendre en charge des patients présentant des HDA.

La prise en charge doit débuter le plus tôt possible pour éviter que ne s'installe la douleur et les rétractions.

Il existe de nombreux traitements permettant de prendre en charge les déformations : chirurgie, kinésithérapie, aides techniques, appareillage, toxine botulinique, phénolisation, médicaments.

Ces différents traitements peuvent être associés :

Injections de toxine botulinique (7)

Il s'agit d'injecter en intramusculaire de la toxine botulinique sur des muscles sélectionnés permettant de réaliser un équivalent de neurectomie chimique en bloquant la transmission de l'information au niveau de la jonction neuromusculaire. L'injection peut se faire sous guidage électromyographique ou par repérage échographique. Son efficacité est d'environ 3 à 4 mois. Son effet est réversible. L'injection peut se faire sous anti-agrégants plaquettaires. Il n'y a pas d'effet secondaire surajouté chez la personne âgée (8).

Phénolisation

Elle agit comme une **neurolyse chimique**. Elle n'est réalisée que sur des nerfs à composante uniquement motrice. Elle peut être réalisée en 1^{ère} intention. Il n'y a pas de recommandations officielles dans l'HDA.

Neurotomie partielle

C'est une intervention chirurgicale consistant en une section d'une partie des fibres nerveuses motrices, permettant de supprimer l'hypertonie. Ce geste est réalisé en 2^{ème} ou 3^{ème} intention.

Références

- Dehail P, Simon O, Godard AL, Faucher N, Coulomb Y, Schnitzler A, Denormandie P, Jeandel C, Acquired deforming hypertonía and contractures in elderly subjects: definition and prevalence in geriatric institutions, *Ann Phys Rehabil Med*, 2014 Feb, 57(1):11-23.
- Dehail P, Gaudreault N, Zhou H, Cressot V, Martineau A, Kirouac-Laplante J, Trudel G, Joint contractures and acquired deforming hypertonía in older people: Which determinants?, *Ann Phys Rehabil Med*, 2019 Nov, 62(6):435-441.
- Bergström G, Aniansson A, Bjelle A, Grimby G, Lundgren-Lindquist B, Svanborg A, Functional consequences of joint impairment at age 79, *Scand J Rehabil Med*, 1985, 17(4):183-90.
- Resnick B. Public Health promotion practices of the older adult. *Health Nurs*. 2000 May-Jun;17(3):160-8.
- Selikson S, Damus K, Hamerman DJ, Risk factors associated with immobility, *Am Geriatr Soc*, 1988 Aug;36(8):707-12.
- Resnick B, Galik E, Boltz MJ, Function focused care approaches: literature review of progress and future possibilities, *Am Med Dir Assoc*, 2013 May, 14(5):313-8.
- Yelnik A, Simon O, Uzzan M, Dumarcet N, Bensmail D, Chaleat-Valayer E, 2009, Traitements médicamenteux de la spasticité - Recommandations de bonnes pratiques, AFSSAPS.
- Chol C, Blanchon MA, Le Quang B, Celarier T, Gonthier R, Botulinum toxin in the elderly to the care of limbs spastic hypertonía and toes or fingers dystonías, *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2012 Mar;10(1):17-26.
- Schnitzler A, Diebold A, Parratte B, Tliba L, Genêt F, Denormandie P, An alternative treatment for contractures of the elderly institutionalized persons: Microinvasive percutaneous needle tenotomy of the finger flexors, *Ann Phys Rehabil Med*. 2016 Apr;59(2):83-6.

Traitements antispastiques (ex : baclofène)

Ils sont peu utilisés chez la personne âgée du fait de l'efficacité médiocre et de la mauvaise tolérance.

Ténotomie avec section complète, allongement tendineux ou allongement chirurgical

La ténotomie simple percutanée à l'aiguille peut être réalisée sous anesthésie locale au lit du malade, en hôpital de jour pour les tendons facilement accessibles (9). Elle corrige la déformation liée à la rétraction du muscle. Elle est définitive et n'est réalisée que lorsque le bilan a montré que le membre n'était pas fonctionnel. Une immobilisation est réalisée le temps de la cicatrisation cutanée.

Cas particulier de la MAIN FERMÉE

Les mains fermées, macérantes sont souvent très douloureuses. Pour agir sur la composante cutanée de la douleur, un **protocole à la Lidocaïne** a été mis en place par l'équipe de centre de rééducation fonctionnelle de Garches : il s'agit de réaliser une **imprégnation de la paume par de la Lidocaïne** par un spray ou une compresse imbibée plusieurs fois par jour.

Consentement

Chez ces personnes âgées souvent très dépendantes avec des troubles cognitifs, la question du consentement est centrale. Dans le cas où une mesure de protection juridique est en place, il est nécessaire d'avoir l'accord du tuteur pour réaliser un geste de toxine et même parfois du juge dans le cadre d'une ténotomie qui vient toucher à l'intégrité physique de la personne.

Docteur Carole CHEINEY
Médecine Physique et de Réadaptation
Centre Médico-Chirurgical de Réadaptation des Massues - Lyon
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Évaluation et prise en charge

