

Chers amis,

L'année 2020 débute avec ce nouveau bulletin de notre association. Vous trouverez dans ce dernier des informations sur la fibrillation auriculaire et le traitement par fermeture percutanée de l'auricule gauche, sur les émotions et l'humeur après un AVC, les vasoconstricteurs et AVC. Vous trouverez enfin des informations concernant le rôle d'un ergothérapeute après la survenue d'un AVC.

J'espère que ce bulletin saura vous intéresser et je vous souhaite une heureuse année 2020 !

Dr Aude Triquenot Bagan / Présidente de « France AVC Normandie »

Fibrillation Auriculaire et fermeture percutanée de l'auricule gauche

La fibrillation auriculaire (FA) est un trouble du rythme cardiaque dont le nombre de patients atteints augmente constamment. Elle atteint en France 600 000 à 1 Million de patients. Sa fréquence est estimée à 30% chez les personnes de plus de 60 ans et elle affecte une personne sur quatre au-delà de 80 ans.

Parmi les complications liées à la FA, la plus sérieuse est l'accident vasculaire cérébral (AVC) qui touche annuellement 5% des patients sans traitement anticoagulant. Ce risque augmente considérablement avec l'âge, allant de 1,5% par an pour les patients entre 50 et 59 ans, à 23,5% entre 80 et 89 ans.

Les AVC liés à la fibrillation auriculaire sont de pronostic beaucoup plus sombre que les AVC en rapport avec une maladie des artères telle que l'athérosclérose. Le mécanisme est la formation d'un caillot dans le cœur, ce caillot est ensuite projeté vers les artères cérébrales et peut occlure l'une d'entre elle, provoquant alors l'AVC. L'auricule gauche semble être la localisation électorale de constitution de ces caillots, jusqu'à 90 % selon les études.

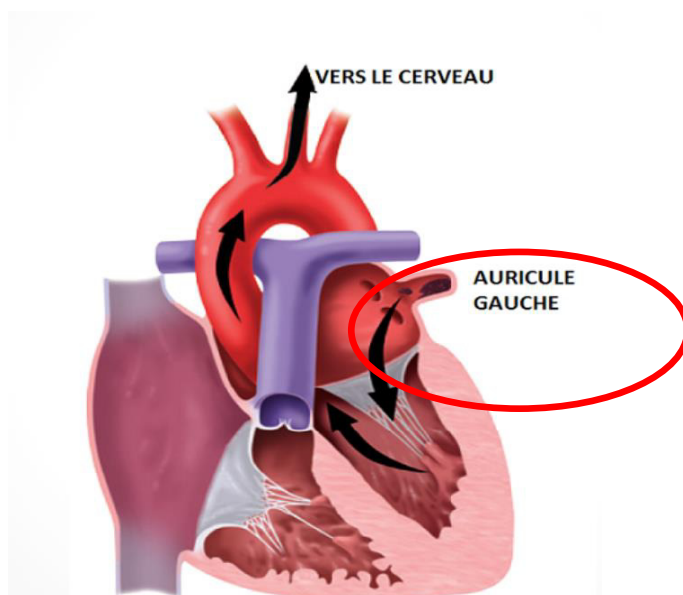


Figure 1 : localisation de l'auricule gauche appendue à l'oreillette gauche

Les anticoagulants oraux permettent d'empêcher la formation de ces caillots mais ils sont responsables d'un risque hémorragique important et souvent contre indiqués, surtout chez la personne âgée. La fermeture percutanée de l'auricule gauche est une alternative qui peut être proposée chez des patients présentant une fibrillation auriculaire à haut risque et une contre-indication à un traitement anticoagulant.

La procédure consiste en l'obturation de l'orifice de l'auricule gauche par un dispositif mis en place par cathétérisme (c'est-à-dire sans ouvrir le thorax) le plus souvent sous anesthésie générale. Cela permet de bloquer les caillots dans l'auricule et d'empêcher leur circulation en dehors de ce dernier.



Figure 2 : Systèmes d'occlusion de l'auricule gauche avec schéma d'implantation par cathéter.

Cette procédure nécessite un bilan qui comprend une échographie cardiaque par voie trans œsophagienne, un scanner et des prélèvements biologiques pré opératoires.

Des complications de cette procédure bien que rares sont possibles à type d'embolie gazeuse, de perforation du muscle cardiaque, d'infection, d'AVC ou d'infarctus du myocarde.

Un suivi cardiologique est ensuite mis en place comprenant un contrôle de la fermeture de l'auricule par un nouveau scanner et une échographie cardiaque.

Un traitement anticoagulant est nécessaire souvent pendant 45 jours avant d'être remplacé par un traitement anti agrégant tel que l'aspirine qui devra être poursuivi à vie.

En conclusion, la fermeture de l'auricule est une technique de plus en plus maîtrisée. Les dispositifs implantables se multiplient et le taux de complication lié à la procédure diminue régulièrement. Cette technique ouvre des opportunités de traitement chez des patients jusqu'à présent non traités.

Dr A TRIQUENOT BAGAN / Neurologue, praticien hospitalier / UNV - CHU de Rouen

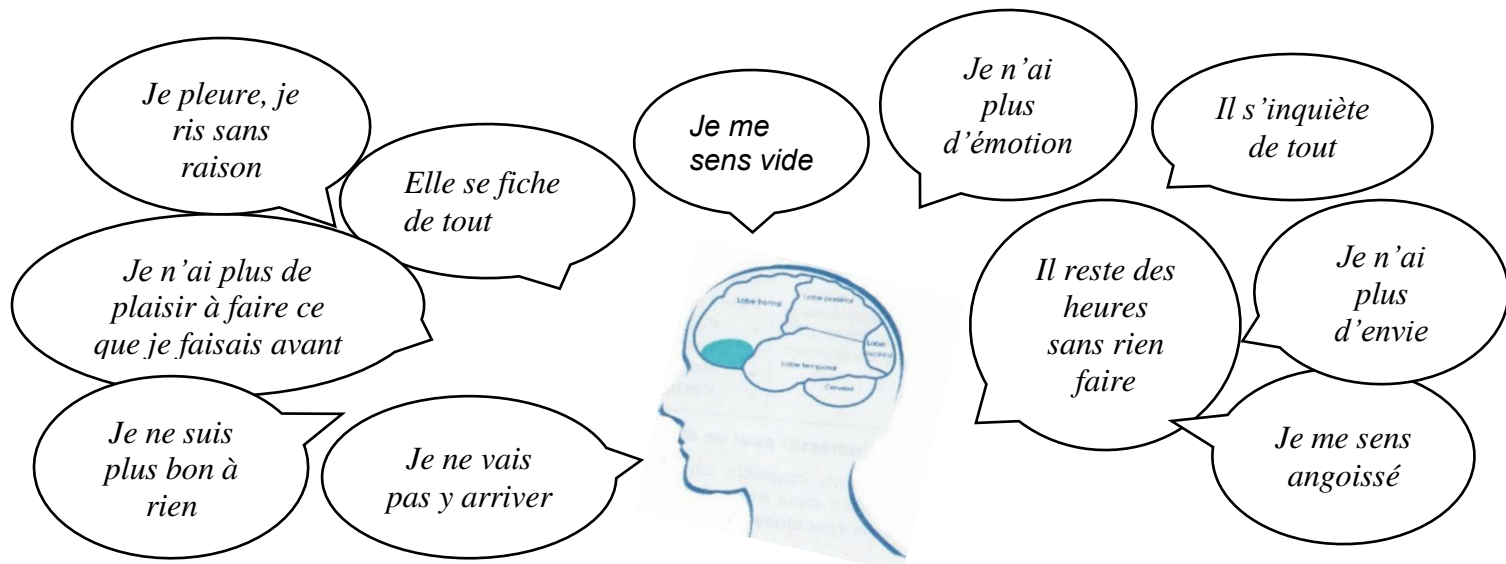
Après un AVC – Émotions et Humeur

Les émotions (joie, surprise, tristesse, colère, peur...) se déclenchent par des évènements qui engendrent des réponses affectives, cohérentes avec soi-même.

L'humeur est un état d'esprit dominé par les émotions.

Des changements peuvent survenir après une lésion cérébrale.

Les émotions et l'humeur influent sur le comportement.



Symptômes	Manifestations après l'AVC	Quelques astuces Pour faire face
Apathie Manque d'intérêt et de motivation pour les activités habituelles sans dépression associée	Contraste avec le niveau antérieur de fonctionnement du patient : <ul style="list-style-type: none"> - Absence de participation spontanée - Ne plus avoir envie de - Perte d'initiative 	Initier les activités réalisées auparavant (centres d'intérêt, besoins de vie du patient...) Programmer les activités à l'aide de planning prédéfini, alarme... Instaurer des routines
Indifférence Affective Diminution des sentiments positifs ou négatifs envers l'entourage	Ne s'intéresse plus aux choses ou aux personnes N'accorde plus d'importance Ne se sent pas concerné Perte d'émotion	Demander au patient de réagir comme il pense qu'il aurait réagi avant l'AVC Expliquer au patient ses difficultés Parler avec l'entourage des difficultés du patient
Dépression Sentiments de tristesse et de découragement omniprésent, dévalorisation de soi, culpabilité, idées noires	Repli sur soi Pleurs / irritabilité Troubles du sommeil et de l'appétit Perte d'élan vital	Demander une aide médico-psychologique Soutenir, encourager le patient (écouter comprendre) Motiver, stimuler avec bienveillance
Anxiété et angoisse Sentiment d'inconfort, d'inquiétude, de peur difficile à contrôler qui peut devenir envahissant	Crises d'angoisse Craintes infondées Peurs incontrôlées : <ul style="list-style-type: none"> - Palpitations - Sensations d'étouffement - Nausées - Vertiges 	Demander une aide médico-psychologique Pratiquer des techniques de relaxation

Où s'adresser pour un diagnostic et une prise en charge adaptés ?

Les changements cognitifs, comportementaux et émotionnels, il faut en parler avec son médecin traitant pour être orienté vers les professionnels inscrits dans la filière de soins AVC :

- ✶ Consultations pluriprofessionnelles post-AVC
- ✶ Consultations mémoire

Tiré d'une fiche réalisée par la coordination AVC Normandie et les neuropsychologues.

L'ergothérapeute : un professionnel de santé indispensable après un AVC

Il évalue :

- Les déficiences, les incapacités ou leurs conséquences somatiques, psychiques, intellectuelles ;
- Les éléments significatifs de l'environnement humain et matériel ;
- Les situations de handicap lors de la réalisation des activités de la personne dans le domaine familial, scolaire, professionnel, socioculturel.

Il utilise des activités thérapeutiques spécifiquement choisies et des mises en situation de vie quotidienne pour :

- Favoriser l'amélioration des fonctions déficitaires et réduire les limitations fonctionnelles ;
- Réduire ou supprimer les situations de handicap compte tenu des habitudes de vie, de l'environnement de la personne ;
- Permettre à la personne de conserver son potentiel physique, cognitif, sensoriel, psychique ou relationnel.

Il accompagne la personne dans sa thérapie en proposant un cadre de prise en charge repéré dans le temps et dans l'espace ;

Il réalise des appareillages, des dispositifs de positionnement et d'installation destinés à améliorer le confort, prévenir l'apparition ou l'aggravation de complications ou corriger des déformations ;

Il analyse les besoins d'aide humaine en vue du retour ou du maintien à domicile ;

Il accompagne la personne dans l'élaboration de son projet de vie ;

Il étudie les aménagements environnementaux nécessaires :

- Recherche et conseil le matériel et les aides techniques, les reçoit et les réalise le cas échéant. Il guide les essais et l'apprentissage de leur utilisation ;
- Apporte un avis technique spécifique en intervenant auprès de la personne, de son entourage, d'associations, d'entreprises, d'instances ou de collectivités locales.

Service d'ergothérapie / Clinique SSR Korian l'Estran / de (50) Siouville-Hague

Charte des droits et libertés d'un proche prenant soin d'une personne en perte d'autonomie

J'ai le droit ...

- J'ai le droit de prendre soin de moi, cela n'est pas de l'égoïsme. Cela me donne la capacité de mieux prendre soin de mon proche.
- J'ai le droit de solliciter de l'aide auprès des autres, même si mon proche s'y oppose. Je sais reconnaître mes limites et mes capacités.
- J'ai le droit de poursuivre des activités qui répondent à mes besoins et qui n'impliquent pas la personne dont je prends soin. Je sais que je fais tout ce qui est raisonnable pour cette personne, et j'ai le droit de faire quelque chose juste pour moi.
- J'ai le droit d'être fâché, déprimé et d'exprimer d'autres difficultés occasionnellement.

- J'ai le droit de rejeter toute tentative de manipulation de la part de la personne que j'aide, qu'elle le fasse consciemment ou non.
- J'ai le droit de cultiver un respect réciproque dans la relation avec l'autre.
- J'ai le droit d'être fier de ce que je suis en train d'accomplir et d'applaudir le courage que cela m'a demandé parfois pour satisfaire les besoins de mon proche.
- J'ai le droit de protéger mon individualité et de conserver une vie personnelle.

Fatigabilité, maux de tête

Fatigabilité

Beaucoup de patients se plaignent d'être vite fatigués ou de beaucoup dormir après un AVC. On ne connaît pas bien les raisons de cette fatigue. Elle n'est pas seulement liée au déficit moteur, mais témoigne probablement de l'intensité de l'effort psychologique, mental et physique que la réadaptation demande au patient.

Maux de tête

Après un AVC, des maux de tête (ou céphalées) peuvent survenir. Le plus souvent bénins, ils peuvent être traités par des antalgiques simples. Les neurologues entendent fréquemment leurs patients se plaindre d'avoir la tête « dans le brouillard » ou « en coton ». Ces sensations bizarres, qu'on ne comprend pas très bien, ne traduisent ni une « rechute » de l'AVC ni la survenue d'une autre maladie.

*Extrait du livre : Le retour à domicile après un AVC/ Guide pour le patient et sa famille
Coordonné par Catherine Morin/ John Libbey Eurotext, www.jle.com*

Vasoconstricteurs et AVC : le syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible

Le syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible (**SVCR**) est considéré comme rare mais est probablement sous-diagnostiqué. Le SVCR est attribué à une anomalie transitoire et réversible de la régulation du tonus artériel cérébral, qui entraîne la survenue de spasmes ou rétrécissements focaux multiples sur les artères cérébrales.

La plupart des cas sont secondaires à la prise de substances vasoactives (cannabis, certains antidépresseurs, certains décongestionnants nasaux). La période de post-partum (trois mois suivant un accouchement) est également un des facteurs déclenchants les plus fréquents du SVCR, probablement dû aux changements hormonaux et à la production de substances vasoactives par l'organisme dans cette période.

L'âge moyen de survenue est de 42 ans, avec une légère prédominance féminine.

Le début est brutal, typiquement avec des céphalées ou maux de tête qui surviennent en coup de tonnerre (c'est à dire brutalement) souvent déclenchés par des efforts et se répétant sur 1 à 3 semaines. Des crises d'épilepsie et des signes neurologiques focaux (paralysie d'un hémicorps ± trouble du langage ± amputation du champ visuel...) sont moins fréquents et débutent généralement après les maux de tête.

Ces symptômes sont en rapport avec la souffrance du cerveau qui peut être le siège de complications à type d'hémorragies à la surface du cerveau (20 à 25% des cas) ou d'accidents vasculaires cérébraux (hémorragie ou infarctus cérébral) (5 à 10% des cas).

Les différents évènements cliniques et radiologiques surviennent avec un délai particulier : les hémorragies surviennent précocement au cours de la première semaine, alors

que les complications ischémiques (accident ischémique transitoire et infarctus) surviennent significativement plus tard, au cours de la seconde semaine d'évolution.

Le diagnostic nécessite la démonstration des anomalies artérielles typiques par une angiographie à la phase aigüe au moment des symptômes [angiographie par résonance magnétique (ARM) ou angio-tomodensitométrie (TDM)].

Le diagnostic final est fait grâce à une angiographie de contrôle qui montre une disparition ou une amélioration notable des anomalies artérielles dans les 12 semaines du début.

La nimodipine est le traitement proposé. Elle semble peu efficace dans les formes sévères. Les récurrences sont possibles, mais leur fréquence et leurs délais sont inconnus. Dans les suites, il est toujours conseillé au patient d'éviter toutes substances vasoactives.

Dr A TRIQUENOT BAGAN / Neurologue, praticien hospitalier / UNV - CHU de Rouen

Liste des substances et des médicaments contre-indiqués

- ◆ **Drogues illicites:** cannabis, ecstasy, amphétamines, cocaïne et crack, LSD.
- ◆ **Vasoconstricteurs utilisés à l'occasion d'un rhume:** pseudoéphédrine, éphédrine, oxymétazoline.
 - pulvérisation nasale sur prescription médicale: Aturgyl[®], Derinox[®], Deturgylone[®], Humoxal[®], Pernazene[®], Rhinamide[®], Rhinofluimucil[®].
 - médicaments disponibles sans ordonnance: Actifed rhume[®], Dolirhume[®], Hexarhume[®], Nurofen rhume[®], Humex rhume[®], Rhinadvil[®], Rhinureflex[®], Rhumagrip[®], Sudafed[®].
- ◆ **Certains traitements de la migraine:**
 - triptans: almotriptan (Almogran[®]), élétriptan (Relpax[®]), frovatriptan (Isimig[®], Tigreat[®]), naratriptan (Naramig[®]), rizatriptan (Maxalt[®], Maxaltlyo[®]), sumatriptan (Imigrane[®], Imiject[®]), zolmitriptan (Zomig[®], Zomigoro[®]).
 - dérivés ergotés: dihydroergotamine (Diergospray[®], Seglor[®], Ikaran[®], Tamik[®]), ergotamine (Gynergene caféine[®]), méthysergide (Desernil[®]).
- ◆ **Certains antidépresseurs (utilisation possible sur prescription du psychiatre après avoir épuisé les alternatives):**
 - inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine: citalopram (Seropram[®]), escitalopram (Seroplex[®]), fluoxétine (Prozac[®]), fluvoxamine (Floxyfral[®]), paroxétine (Deroxat[®], Divarius[®]), sertraline (Zoloft[®]).
 - inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline: duloxétine (Cymbalta[®]), milnacipran (Ixel[®]), venlafaxine (Effexor[®]).
- ◆ **Dérivés de l'ergot de seigle:** bromocriptine (Parlodel[®]), cabergoline (Dostinex[®]), lisuride (Arolac[®], DoperGINE[®]), méthylergométrine (Methergin[®]).
- ◆ **Sympathomimétiques divers (utilisation possible lorsque la situation médicale le nécessite):** adrénaline, dobutamine, dopamine, éphédrine, étiléfrine (Effortil[®]), heptaminol (Hept A Myl[®]), isoprénaline (Isuprel[®]), méthylphéridate (Concerta[®], Quasym[®], Ritaline[®]), midodrine (Gutron[®]), néosynéphrine, noradrénaline, phényléphrine, Praxinor[®].
- ◆ **Autres:** ginseng, millepertuis, patch de nicotine (sans arrêt du tabac), *binge drinking* (consommation excessive d'alcool sur une courte période de temps), préparations vendues sur Internet (ou ailleurs) pour maigrir.

De la préparation du pilulier à l'administration du médicament

La bonne utilisation du pilulier, c'est moins de risques pour le patient.

Hygiène et Sécurité :

Pilulier propre

Lavage des mains

Préparation faite au calme et sans interruption de tâche

Un Pilulier Bien Identifié :



Titre civilité

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance

La Prescription Médicale :

Vérifier que la prescription médicale soit toujours en cours
et que vous donnez le bon médicament

Le bon dosage

Le bon moment (fréquence de prise)

La bonne voie

Au bon patient

Les Traitements Multidoses :

Doivent avoir la date d'ouverture sur le flacon et la date de fin de conservation

Doivent être identifiés du nom du patient (si affecté au patient)

Les préparer au dernier moment et identifier dans son nouveau contenant
(gobelet, petit pot ...)

Bien respecter les couples : produit et mesure.

Pour Chaque Médicament :

Vérifier le nom DCI (**D**énomination **C**ommune **I**nternationale), dosage et la date
de péremption pendant la préparation et avant administration.

Obligatoirement identifiable jusqu'à l'administration.

Le fractionnement des comprimés se fait le plus près de l'administration.

Il existe différents piluliers :

Piluliers journaliers

Piluliers semainiers

Piluliers spécifiques tels que piluliers électroniques, piluliers de voyage ...

Manifestations prévues au premier semestre 2020

- **Jeudi 13 février 13h à 18h**, 2^{ème} journée SEPIA de la Neurologie Halle au Blé à Alençon, et à 20h Conférence sur l'épilepsie.
- ~~**Mardi 31 mars 14h** conférence AVC à Vernon (27) Espace Philippe Auguste, 12 Avenue Victor Hugo, organisée par Malakoff Humanis.~~
- ~~**Lundi 06 avril 14h30** conférence AVC à Saint Amand (50) lieu à préciser organisée par le CLIC de St Lô.~~
- ~~**Jeudi 09 avril 14h** conférence AVC à Tôtes (76) lieu à préciser organisée par Malakoff Humanis.~~
- ~~**Samedi 11 avril 10h 17h** forum sur l'AVC, salle des fêtes de Cherbourg, organisé par le CHPC et Korian Siouville.~~
- ~~**Mardi 26 mai 13h 17h** action en direction des aidants, dans l'Hôtel Mercure Hérouville St Clair (14), sponsorisée par Malakoff Humanis.~~

Toutes ces manifestations sont ouvertes à tout public et gratuites.
Venez-nous y rencontrer.

Rappel de nos permanences

- 27500 CORNEVILLE SUR RISLE dans l'ancienne mairie
Permanence : les 2^{ème} et 4^{ème} lundi du mois 14h à 17h
Tél 02 32 42 79 64
- 14000 CAEN à partir d'octobre 2018, dans la nouvelle maison des associations
Quartier de la Guérinière, 8 rue Germaine Tillion
Permanence sur rendez-vous, le 2^{ème} lundi du mois 15h à 18h
Tél 06 70 89 69 95
- 50000 SAINT LÔ dans la nouvelle Maison de la vie associative Calmette & Guérin
Rue des Charmilles
Permanence le 3^{ème} vendredi du mois 15h à 18h
Tél 06 87 89 67 95

**Vous avez un peu de temps ?
Rejoignez-nous ! Nous cherchons des bénévoles**