



HEMIPLEGIE EN PHASE AIGUË A COTONOU : EVOLUTION DE LA QUALITE DE VIE
ALAGNIDE HE, NIAMA NATTA DD, AZANMASSO H, OLOUKA J, HOUNGBEDJI GM,
IKIZAKUBUNTU J, KPADONOU GT.

Service de Médecine Physique et Réadaptation du CNHU HKM de Cotonou

Correspondant : Etienne H. Alagnidé. 03 BP 1250 Cotonou ; Tél :00 229 97400522

E-Mail : ecalagnide@yahoo.fr.

RESUME

Le caractère aigu de l'installation de déficit hémicorporel pourrait engendrer une altération de la qualité de vie des patients. **Objectif** : Analyser l'évolution de la qualité de vie les trois premiers mois de l'installation d'une hémiplegie. **Méthode** : Etude prospective de type descriptif et analytique menée entre Août 2015 et Janvier 2016. Elle a consisté après l'enrôlement des patients selon des critères cliniques bien définis, à suivre l'évolution de leur qualité de vie par une évaluation mensuelle à partir de l'Euro-QOL et de la SF-36. **Résultats** : L'âge médian des patients a été de 53 ans avec des extrêmes de 27 à 80 ans. Les accidents vasculaires cérébraux ont été l'étiologie prédominante (92,1%). Les patients ont eu des troubles des fonctions supérieures à type d'héminégligence (61,8%), d'apraxie (52,9%), d'anosognosie (47,1%), d'aphasie d'expression (38,2%). Au SF-36, la majorité des patients a connu une détérioration de leur qualité de vie. Mais cette dernière a eu une amélioration dès les 1^{er} et 2^{ème} mois du suivi. Cette évolution de la qualité de vie a été influencée significativement par les capacités fonctionnelles du patient ($p = 0,00$). **Conclusion** : Travailler pour la récupération fonctionnelle des patients entre hémiplegiques est donc déterminant dans l'amélioration de leur qualité de vie.

Mots-clés : Hémiplegie, phase subaiguë, qualité de vie, Cotonou.

ABSTRACT

The acute nature of hemiplegia may result in an impairment of the quality of life of patients. **Objective**: To analyze the evolution of the quality of life during the first three months of the installation of a hemiplegia. **METHOD**: Descriptive and analytical prospective study conducted between August 2015 and January 2016. It consisted after enrollment of patients according to well-defined clinical criteria, to follow the evolution of their quality of life by a monthly evaluation from Euro-QOL and SF-36. **Results**: Patients were 27 to 80 years old. Stroke was the predominant etiology (92.1%). Patients had superior function disorders such as hemineglect (61.8%), apraxia (52.9%), anosognosia (47.1%), aphasia (38, 2%). At SF-36, the majority of patients experienced a deterioration in their quality of life. But this last one had an improvement as of the 1st and 2nd month of the follow-up. This change in quality of life was significantly influenced by the functional abilities of the patient ($p = 0.00$). **Conclusion**: Working for the functional recovery of hemiplegic patients is therefore crucial in improving their quality of life.

Keywords: Hemiplegia, acute phase, quality of life, Cotonou.

INTRODUCTION

L'hémiplegie, perte de la motricité de l'hémicorps du patient, est un tableau qui généralement est d'installation brutale. Elle modifie la relation entre l'entourage du patient hémiplegique et sa famille et entraîne des changements pour une nouvelle vie (l'arrêt de travail, le reclassement professionnel...) à l'origine d'une détérioration de la qualité de vie (QDV) [1,2]. La réflexion sur la qualité de vie des patients hémiplegiques tient une place majeure dans les préoccupations des différents acteurs de la santé. En effet, après les objectifs de réduction de la mortalité, puis de la morbidité, c'est désormais à une amélioration de la limitation d'activité et de la QDV qu'invitent les nouvelles approches de la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) proposées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). A travers ce travail, nous envisageons d'étudier l'évolution de la QDV des hémiplegiques les trois premiers mois de la maladie.

PATIENTS ET METHODE D'ETUDE

Période et type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, de type descriptif et analytique. Elle s'est déroulée sur une période de six mois du 1^{er} août 2015 au 31 janvier 2016. Elle a porté sur les patients hospitalisés et/ou suivis dans les unités ou services de rééducation fonctionnelle et de neurologie de cinq (5) centres hospitaliers universitaires à Cotonou. Il s'agissait du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. Maga (CNHU-HKM), de l'Hôpital Universitaire d'Instruction des Armées (HUIA) du camp Guézo et des hôpitaux universitaires de zone de Mèmontin, Saint-Luc et Suru-Léré

Echantillonnage

Il a été réalisé en tenant compte des critères d'inclusion et de non inclusion ci-dessous énumérés.

Critères d'inclusion : A été inclus dans l'étude tout patient adulte (âge ≥ 18 ans) :

- ayant été admis dans notre cadre d'étude pendant la période de recrutement ;
- présentant une hémiplégie à la phase aiguë quelle qu'en soit l'étiologie ;
- ne présentant pas de troubles de la conscience ;
- résidant à Cotonou ou dans ses environs (Sémé-Kpodji, Porto-Novo, Calavi, Allada, Ouidah, Comé) ;
- ayant consenti à participer à l'étude (faire les trois évaluations mensuelles successives).

Critères de non inclusion : Il s'agit des cas de récurrence de l'hémiplégie et d'antécédent d'une autre pathologie pouvant influencer la qualité de vie ou les capacités fonctionnelles du patient telles que les complications chroniques du diabète, de l'hypertension artérielle, la bronchopneumopathie chronique obstructive, les séquelles d'atteintes ostéoarticulaires au niveau des membres.

Trente-huit (38) patients ont été enrôlés selon ces critères

Les fonctions cognitives ont été évaluées par le MMSE, la qualité de vie selon l'EuroQol et le SF 36.

L'appréciation de l'évolution de la qualité de vie a tenu compte des variations des scores des échelles d'évaluation de chaque patient. Nous avons enfin calculé la médiane du score de récupération de tous les patients et l'évolution a été interprétée de la façon suivante :

- ✓ Stable si le score de récupération est nul ;
- ✓ Faible si le score de récupération est inférieur ou égal à la valeur médiane des scores de récupération des patients ;
- ✓ Forte si le score de récupération est supérieur à la valeur médiane des scores de récupération des patients.

Collecte des données

Elle a été réalisée à partir d'un questionnaire standardisé. Elle a été faite par interrogatoire et examen clinique des patients à l'admission (T0). Une administration des outils d'évaluation utilisés a été faite à un et deux mois d'évolution après la première collecte (T1 et T2 respectivement)

Traitement et analyse des données

Les données recueillies ont été traitées avec le logiciel «SPSS version 20,0». Les tests de chi-carré de Pearson et Anova ont été utilisés pour la comparaison des liens des paramètres

étudiés avec les variables qualitatives et quantitatives respectivement. Le seuil de significativité choisi a été de 0,05.

RESULTATS

Caractéristiques des patients de l'étude

Données socio-démographiques

L'âge des patients a varié de 27 à 80 ans avec une médiane de 53 ans. Le tableau I présente la répartition des patients selon d'autres données socio-démographiques.

Tableau I : Répartition des patients selon des données socio-démographiques

		N	%
Sexe	Féminin	17	44,7
	Masculin	21	55,3
	Analphabète/	12	31,6
Niveau de scolarisation	Primaire	20	52,6
	Secondaire	20	52,6
	Universitaire	6	15,8

Données cliniques

Divers troubles des fonctions supérieures ont été notés chez 34 patients, soit 89,5%. Le tableau II présente les données cliniques notées chez ces patients.

Tableau II : Répartition des patients selon des données cliniques

		N	%
Côté atteint	Droit	20	52,6
	Gauche	18	47,4
Etiologie de l'hémiplégie	Accident vasculaire cérébral	35	92,1
	Autres	3	7,9
	Héminégligence	21	61,8
Troubles des fonctions supérieures	Apraxie	18	52,9
	Asomatognosie	16	47,1
	Aphasie d'expression	13	38,2

Qualité de vie des patients

Tableau III : Répartition des patients selon leur qualité de vie selon les outils d'évaluation utilisés

	SF-36	EU-ROQOL	EVA EU-ROQOL
Minimum	4,17	6	0
Maximum	72,22	15	70
1 ^{er} inter-quartile	13,54	12,75	0
Médiane	29,52	13	15
3 ^{ème} inter-quartile	41,67	15	30

Evolution de la qualité de vie

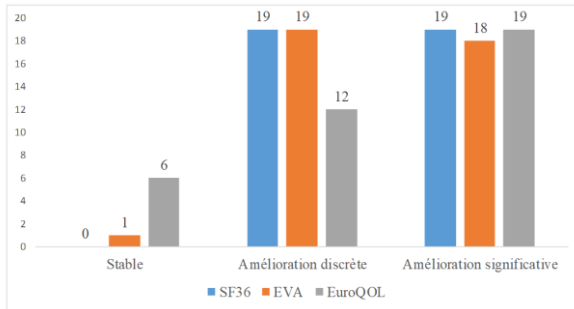


Figure 1: Evolution de la qualité de vie selon différentes échelles entre T0 et T1.

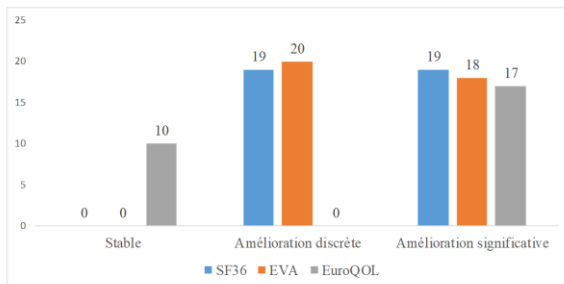


Figure 2: Evolution de la qualité de vie selon différentes échelles entre T0 et T2.

Facteurs associés à l'évolution de la qualité de vie des patients de l'étude

Tableau IV: Récapitulatif de l'étude des facteurs associés à l'évolution de la qualité de vie des patients de l'étude

	p-value de T0-T1	p-value de T0-T2
Age	0,30	0,40
Sexe	0,10	0,10
Niveau de scolarisation	1,00	1,00
Indice de Barthel	0,00	0,00
Score au MRS	0,00	0,02
Côté atteint	1,00	0,52
Etiologie de l'hémiplégie	0,08	0,16

DISCUSSION

Caractéristiques des patients et de leur hémiplégie

L'âge médian des patients a été de 53 ans avec des extrêmes de 27 à 80 ans. L'hémiplégie est donc essentiellement une affection des adultes, qu'ils soient jeunes ou plus âgés. Les personnes âgées sont généralement plus exposées, du fait des affections vasculaires et les jeunes aux causes traumatiques. Ces résultats sont comparables à ceux de la littérature des pays en voie de développement qui rapporte des âges extrêmes de 25 et 90 ans [3-5]. En Occident où l'espérance de vie est plus grande, l'âge des patients victimes

d'accidents vasculaires cérébraux est plus important avec des moyennes allant jusqu'à 70 ans [6,7]

Une prédominance masculine (55,3%) a été retrouvée. Ce même constat a été largement rapporté par la littérature [5,8-13]. La tendance des femmes à faire moins d'AVC que les hommes a été expliquée par l'importance de la protection des œstrogènes sur la circulation cérébrale [13], mais aussi par l'adoption des comportements plus sains (éviction du tabac et des risques traumatiques).

Une hémiplégie droite a été prédominante dans notre série (52,6%). La même conclusion a été rapportée par plusieurs auteurs dans la littérature [7,14]. Cette latéralisation prédominante des lésions cérébrales pourrait être en rapport avec des aspects anatomiques de la vascularisation cérébrale.

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ont constitué la cause prédominante de l'hémiplégie des patients de notre série (92,1%). Il s'agit de l'étiologie dont l'évolution est la plus structurée.

Divers troubles des fonctions supérieures ont été notés chez les patients de l'étude. Il s'agit de l'héminégligence, apraxie, asomatognosie, aphasie d'expression. Cette dernière est couramment observée chez les hémiplégiques. Kpadonou et al ont rapporté une prévalence de 42,10% des troubles de la communication en post AVC [15]. Ces différents troubles observés pourraient être expliqués par le fait que le cerveau est le lieu de contrôle de tous nos gestes, paroles et pensées.

Qualité de vie

Le tableau III, montre que 75% des patients ont eu un score inférieur ou égal à 41,67 selon l'échelle d'évaluation de la qualité de vie au SF-36. Ce score qui n'atteint même pas 50% du score maximal à l'échelle d'évaluation de la qualité de vie SF-36, a montré que l'hémiplégie a entraîné entre autres conséquences, une détérioration de la qualité de vie. Nous pourrions expliquer cette détérioration de la qualité de vie par le fait que les séquelles physiques et/ou psycho intellectuelles associées à l'hémiplégie, entraînent un véritable bouleversement dans la vie des patients et de leurs familles, à l'origine d'une baisse de la qualité de vie. L'hémiplégie survient le plus souvent de façon brusque, nécessitant une hospitalisation aux urgences, réanimation, cardiologie... Des études comparées entre des hémiplégiques et des groupes témoins ont rapporté une diminution de la qualité de vie chez les hémiplégiques [16-20].

L'évolution de la qualité de vie entre T_0 et T_1 et entre T_0 et T_2 selon le SF-36 montre qu'aucun patient n'a connu une évolution stable ou une aggravation. Le nombre de patients qui ont connu une évolution faible a été de 50% et le reste a connu une évolution forte. Ces résultats montrent que la qualité de vie des patients hémiplegiques en phase subaiguë s'améliore dans le temps. C'est d'ailleurs ce qu'expliquent d'autres auteurs. En effet, le choix de la SF-36 pour mesurer des changements sur de courtes périodes peut également être discuté [16]. En effet, cet outil a tendance à sous-estimer les changements de la qualité de vie.

Facteurs influençant l'évolution de la qualité de vie

Des différents facteurs étudiés, seulement le niveau fonctionnel des patients a eu une influence sur leur qualité de vie. Pour Gallien [14], les facteurs ayant une influence péjorative sur la qualité de vie sont: la survenue de chutes et le degré de dépendance. De même, pour Mayo [21], le degré d'autonomie dans les AVJ est un déterminant important de la qualité de vie, en particulier de la santé psychique.

CONCLUSION

Quelle que soit l'étiologie de l'hémiplegie, ont été associés les troubles des fonctions supérieures, cognitifs, anxiodépressifs. L'hémiplegie a entraîné entre autres conséquences une détérioration de la qualité de vie et une dépendance fonctionnelle. Une amélioration de ces différents paramètres a été obtenue avec les trois mois de suivi. L'évolution de la qualité de vie des patients a été significativement conditionnée par leurs capacités fonctionnelles. Travailler pour la récupération fonctionnelle des patients est donc déterminant dans l'amélioration de leur qualité de vie.

REFERENCES

1. Hackett ML, Yapa C, Parag V, Anderson CS. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke* 2006; 36(6):1330-1340.
2. Hill MK, West MR, Hewison J, House OA. The Stroke Outcomes Study2 (SOS2): a prospective, analytic cohort study of depressive symptoms after stroke *BMC Cardiovascular Disorders* 2009; 9:22.
3. Diouf F, Ndiaye M, Mbatchou NHB et al. Survie des accidentés vasculaires cérébraux comateux au Sénégal. *Revue neurologique*. 2008 ;164 : 452-458.
4. Bergersen H, Frosli K F, Stibrant S K et al. Anxiety, depression well-being 2 to 5 years post stroke. *J Stroke Cerebrovascular Dis*. 2010; 19(5):364-369.
5. Sogbossi SE, Thonnard JL, Batcho SC. Assessing Locomotion Ability in West African Stroke

Patients: Validation of ABILOCO-Benin Scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2014; 95:1470-1476.

6. Berbner M, Bobbitt R A, Pollard W E et al. The sickness impact profile: validation of a health status measure. *Med Care*. 1996 ;14(2) :57-67.
7. Edouard B, Carlyne A and Thonnard JL. Satis-Stroke: A Satisfaction Measure Of Activities And Participation In The Actual Environment Experienced By Patients With Chronic Stroke. *J Rehabil Med* 2008; 40: 836-843
8. Duncan P W, Samsa GP, Weinberger M et al. Health status of individuals with mild stroke. *Stroke* 1997; 28(4):740-745.
9. Kouassi E, Berthe A, Manou B et al. Problèmes liés à la prise en charge rééducative des hémiplegiques vasculaires en Côte d'Ivoire. *African Journal of Neurological Sciences*. 2002 ; 2(1) :55-57.
10. Calmels P. La mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) en France. Développement et utilisation. *Ann Réadapt Méd Phys* 1996;39:241-249.
11. Scholte W, Haan RJ, Rijnders PT et al. The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. *Stroke* 1998; 29(8): 1605-1611.
12. Appelros P, Stegmayr B, Terent, A. Sex differences in stroke epidemiology: A Systematic Review. *Stroke* 2009;40 (4):1082-1090.
13. Lisabeth L, Bushnell, C. Stroke risk in women: the role of menopause and hormone therapy. *The Lancet Neurology* 2012; 11 (1): 82-91.
14. Gallien P, Adrien S, Petrilli S, Durufle A, Robineau S, Kerdoncuff V et al. Standing at home and quality of life three years after stroke. *Ann Readapt Med Phys*. 2005;48(2):225-230.
15. Kpadonou GT, Alagnide E, Niama Natta D, Hounbedji G, Adjaka N. Troubles de la communication verbale chez les cérébro-lésés post AVC au Bénin. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 2013 ;56 :663-672.
16. Anderson C, Rubenach S, Mhurchu CN, ClarkM, Spencer C, WinsorA. Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomized controlled trial: I: health outcomes at 6 months. *Stroke*. 2000;31: 1024-1031.
17. King RB. Quality of life after stroke. *Stroke*. 1996; 27:1467-1472.
18. Hill MK, West MR, Hewison J, House OA. The Stroke Outcomes Study 2 (SOS2): a prospective, analytic cohort study of depressive symptoms after stroke *BMC Cardiovascular Disorders*. 2009; 9:22
19. Von Koch L, De Pedro-Cuesta J, Kostulas V, Almazan J, Widen-Holmqvist L. Randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke: one-year follow-up of patients outcome, resource use and cost. *Cerebrovasc Dis*. 2001; 12:131-138.
20. Hackett ML, Duncan JR, Anderson CS, Broad JB, Bonita R. Health-related quality of life among long-term survivors of stroke: results from the Auckland Stroke Study, 1991-1992. *Stroke* 2000;31(2): 440-447.
21. Mayo NE., wood-dauphinée S., Côte R, Duncan L, Carlton J. Activity, participation and quality of life 6 months post-stroke. *Arch phys Med Rehabil*. 2002; 83:1035-1042.