

SYNTHESE**Accident vasculaire cérébral****Prescription d'activité physique**

Validée par le Collège le 13 juillet 2022

Les données

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un déficit neurologique d'origine vasculaire. L'AVC est la première cause de mortalité chez la femme et la troisième chez l'homme et la première cause de handicap acquis de l'adulte. L'âge moyen de sa survenue est de 74 ans, cependant les adultes d'âge moyen sont de plus en plus concernés. On distingue deux grandes causes d'AVC, l'AVC ischémique (80 %) et l'AVC hémorragique (15 %), de pronostic plus sombre. L'accident ischémique transitoire (AIT) est un AVC dû à une obstruction artérielle très transitoire (< 1 heure), sans lésion cérébrale séquellaire. Il doit être traité comme une urgence. Il peut être annonciateur d'un AVC plus grave. Son bilan étiologique est souvent négatif.

En prévention primaire, la pratique d'une activité physique (AP) modérée régulière et le respect des règles hygiéno-diététiques diminuent de 20 % le risque de présenter un AVC.

Après un AVC, la pratique d'une AP adaptée (APA) aux capacités et aux limites du patient est toujours bénéfique pour ces patients généralement inactifs et sédentaires du fait de leurs séquelles fonctionnelles et de leur mode de vie pré-AVC. Ses effets bénéfiques sur la neuroplasticité et la récupération neuromusculaire limitent le handicap et le syndrome dépressif de ces patients. L'APA améliore la solidité structurelle osseuse, la capacité physique et la qualité de vie. Sa pratique est sécuritaire chez ces patients et n'aggrave pas la spasticité musculaire. Il existe une relation positive dose d'APA/bénéfices qui doit être expliquée au patient.

La consultation médicale d'AP

Une consultation médicale d'AP est toujours recommandée après un AVC et toute prescription d'AP doit être précédée d'une évaluation séquellaire complète (fonctions locomotrices, cérébrales, sensorielles et de douleur). Après un AVC d'origine athéromateuse, le patient est classé comme à risque cardio très élevé. Pour les autres étiologies le risque cardio-vasculaire doit être évalué selon la classification européenne du risque cardio-vasculaire qui utilise l'index SCORE2 (cf. guide adulte HAS).

Les examens complémentaires

Un bilan cardio-vasculaire, en particulier imagerie et rythmique, est nécessaire en post-AVC.

Un avis cardiologique et une épreuve d'effort, qui permet aussi de guider le réentraînement individuel, sont recommandés, surtout avant de débiter un programme d'AP d'intensité élevée. Les limites motrices séquellaires post-AVC peuvent rendre difficile la réalisation de l'épreuve d'effort et/ou du test de marche de 6 minutes.

Contre-indications et points de vigilance

Le bon équilibre tensionnel du patient doit être confirmé par une automesure ou une mesure ambulatoire de la pression artérielle.

L'entretien motivationnel tiendra compte des freins marqués des patients post-AVC vis-à-vis de l'AP, sensation de fatigue persistante, ressenti d'incapacité ou de frustration, découragement devant la lenteur des progrès, syndrome dépressif.

Si la prise d'un antiagrégant ne limite a priori pas les pratiques sportives, un éventuel traitement par anticoagulant contre-indique les AP et sportives avec risque de chocs.

Conseils et prescription d'AP

Le patient post-AVC relève d'une prise en charge multidisciplinaire, associant une réhabilitation cognitive et un réentraînement physique. En plus de l'AP journalière, le patient doit bénéficier d'une APA régulière précoce et poursuivie à vie, et d'un équilibre de ses facteurs de risque, en particulier cardiovasculaire, de récurrences d'AVC. Avant de prescrire un programme d'APA les séquelles individuelles post-AVC doivent être précisément évaluées.

Trois phases d'évolution post-AVC, aiguë (< 14 jours), subaiguë (14 jours à 6 mois), et chronique (> 6 mois), sont distinguées.

- L'APA doit être mise en place le plus tôt possible et dès les 2 premières phases, au mieux dans un centre de réhabilitation neurologique après l'AVC. Une éducation thérapeutique du patient et de son entourage sur l'apport essentiel de l'APA doit y être associée. L'association programmes d'autogestion et réentraînement physique est bénéfique.
- Après la sortie du centre de rééducation/réadaptation (phase chronique), si le patient en a bénéficié, outre les indispensables AP journalières, **un programme d'APA** doit être prescrit. Il doit associer de l'endurance, de type continu ou fractionné moins chronophage, plus ludique et plus efficace, et du renforcement musculaire qui ne majore pas une spasticité éventuelle. La fréquence des séances est de 2 à 5 par semaine et leur durée de 10 à 60 minutes avec augmentation progressive, adaptée aux capacités et à la tolérance du patient. La supervision individuelle ou collective de l'APA, surtout lorsqu'elle est intensive donc plus efficace, par un professionnel de l'AP est recommandée au moins initialement, surtout en cas de risque cardiovasculaire élevé. La pratique de cette APA doit être poursuivie à vie. Si nécessaire, la rééducation fonctionnelle de la marche est poursuivie pour maintenir l'autonomie du patient.

Les APA doivent s'ajouter aux **AP de la vie quotidienne** dont la variété joue un rôle bénéfique important sur les gains d'autonomie. Le temps passé à des activités sédentaires doit être réduit.

Après un AIT bien pris en charge, l'introduction ou la reprise progressive d'une AP est recommandée après prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire. Pour les patients demandeurs, la reprise ou la mise en route d'une activité sportive ne doit pas être interdite mais au contraire encouragée. La pratique d'une activité sportive en compétition ne doit pas être systématiquement interdite. La délivrance d'un certificat d'absence de contre-indication à cette pratique doit alors être effectuée annuellement.