HEMIPLEGIE

A) Définition

Perte de la motricité volontaire, intéressant un hémicorps (face, membre supérieur, membre inférieur) **entraînant une paralysie de cet hémicorps** (droit ou gauche), **lié à une atteinte de la voie motrice pyramidale.**

B) Clinique

Le plus souvent : **début brutal**

- perte de connaissance extrêmement brutale / coma (visage inerte, respiration irrégulière et bruyante, pas ou peu de réponse à la stimulation, troubles sphinctériens, ...)
- signes neurologique : déviation conjuguée de la face et des yeux (« le patient regarde la lésion cérébrale »), asymétrie faciale, réflexes (signe de Babinski du côté de la lésion)

Parfois, installation +/- progressive

- cerner le problème
- voir ce qu'il est possible de rattraper
- souvent c'est : une tumeur, un hématome, ...

C) Phase d'état

Déficit +/- important d'un hémicorps.

Dans les cas favorables : retour à la conscience, +/- compréhension, il y a souvent des troubles de l'élocution.

- Si atteinte du côté droit
  - zone supérieure du visage : oeil droit ouvert / oeil gauche plus fermé
  - zone inférieure du visage : chute labiale du côté déficitaire
  - atteinte faciale : paralysie faciale centrale
  - membre supérieur : le bras déficitaire ne se lève pas / si atteinte partielle : la bras fonctionne un peu mais pas la main / pas de réponse réflexe du côté déficitaire
  - membre inférieur : marche impossible ;impossible de lever la jambe ; abolition des réflexes
  - signe de Babinsky du côté déficitaire
  - perte du langage selon l'atteinte de l'hémisphère cérébral

- Hémiplégie associée à un déficit du tonus = **hémiplégie flasque**

- Peu à peu : le patient retrouve de la motricité

- Plus tardivement : **hémiplégie spasmodique** (hypertonie) ; reprise partielle d'un contrôle moteur : appui incertain mais possible / jambe stable mais beaucoup plus raide (permet les déplacements) / raideur du membre supérieur : permet de bouger le bras ; permet une légère flexion mais l'extension et la préhension sont impossible

- Hypertonie en flexion : troubles trophiques important

- Gérable par rééducation, ttt, chirurgie

- Le déficit reste considérable

- Mais il n'existe pas que des troubles moteur :
  - troubles sensitif (le patient oublie son hémicorps paralysé)
  - troubles douloureux (escarre)
  - parallèlement à l'hyper-tonicité : clonus

D) Formes topographiques

Formes différentes selon l'atteinte.

1. Atteinte d'origine corticale (le cortex)

Atteinte prédominante = **facio-brachiale**$^{++}$ +/- une aphasie.
La zone de commande facio-brachiale est détruite.
La reprise de la marche est possible, même si celle-ci n'est pas de trop bonne qualité.
Parfois, l'atteinte prédominante est à un membre inférieur.

2. Atteinte d'origine sous-corticale

= zone de la capsule blanche interne.
Atteinte très souvent hémorragique : **atteinte majeure de tout l'hémicorps**.
Souvent : hémorragie méningée massive avec atteinte ventriculaires.
Quand récupération : il y a souvent des séquelles importantes.
Souvent : troubles végétatifs associés.

3. Syndrome alterne

Les lésions du tronc cérébral donnent lieu à un syndrome alterne par atteinte élective d'une paire crânienne (un nerf crânien précis), le plus souvent d'origine vasculaire : **troubles d'un côté du corps et l'hémicorps opposé est paralysé**.
Atteinte bulbaire : nerf atteint, mais le visage reste symétrique.

7. Atteinte bilatérale

Atteinte d'un hémicorps, puis atteinte de l'autre côté : lésions successives dans le temps.

Syndrome pseudo-bulbaire (d'origine pyramidal) :

- troubles de la marche, de la déglutition, de la parole, ...
- motricité faciale détériorée
- réflexes de Babinsky bilatéral
- ...

Démence vasculaire et multiples atteintes associées.

E) Etiologies

1/ Vasculaires^{+++}, ischémique ou hémorragique

➔ AVC

2/ Tumorales, primitive ou secondaire

- évolution progressive^{+++} (en quelques jours ou semaines)
- handicap croissant
- processus expansif
- assez souvent :
  - associé à des manifestations d'**épilepsie** : crise d'épilepsie localisée ou généralisée (faire un scanner)
  - troubles des fonctions supérieures, parfois même de l'agressivité, des troubles de l'humeur, des troubles confusionnels, des troubles du caractère, des troubles de la vigilance, une **HTIC** (nausées, vomissements, céphalées)

3/ Infectieuses (méningite et abcès), inflammatoires

- possibilité d'un abcès cérébral ; *ex :* dans la maladie d'Osler, septicémie, tuberculose
- cause inflammatoire : inflammation du SNC / destruction des fibres ascendante ; *ex :* la sclérose en plaque

4/ Diverses

- Etiologies métaboliques :

  ex : hypoglycémie tardivement rattrapée (possible lésion intra-cérébrale)

- Intoxication oxycarbonée (l'oxyde de carbone est très toxique pour le cerveau, le myocarde et le foetus) :

  chez la femme enceinte : **obligation** d'oxygénothérapie hyperbare (oxygène = agit comme un antidote)

- Embolie gazeuse :
  arrêt circulatoire d'un territoire +/- étendu

- Etiologies traumatiques :
  ex : accident de plongée

Pas de lésion :

- **hémiplégie sinistrosique** (conduite psychologiquement anormale pendant laquelle le patient créée un tableau d'hémiplégie / contractures permanentes autour de lieux de traumatismes imaginaires, cela peut bloquer les muscles du cou, ...)
- **hémiplégie pithiatique** (moins volontaire que le précédent / composante hystérique)

F) Conduite à tenir

URGENCE :

- traiter la cause de façon a faire régresser l'hémiplégie ou d'empêcher son aggravation
- ventilation assistée surtout en cas de coma
- ttt des séquelles : rééducation par kinésithérapie, ostéopathie et médecine fonctionnelle (amélioration des séquelles motrices) / orthophonie (permet de réduire les séquelles de langage) / psychothérapie