

Accident Vasculaire Cérébral et activité physique

Qu'est-ce qu'un accident vasculaire cérébral ?

L'accident vasculaire cérébral est une maladie d'origine vasculaire qui se caractérise par le développement rapide des symptômes (paralysie du visage, diminution de la force d'un bras, difficultés d'élocution) durant plus de 24 heures ou qui peuvent conduire à la mort. Les trois principales causes d'un AVC sont 1) l'infarctus cérébral (la grande majorité des cas), 2) l'hémorragie cérébrale et 3) l'hémorragie méningée résultant d'une rupture anévrisme artériel. Les facteurs de risque potentiellement modifiables comprennent certaines maladies (par exemple : hypertension artérielle, maladies cardiaques, diabète de type 2, hyperlipidémie et sténose carotidienne) et les facteurs de style de vie (par exemple : tabagisme, activité physique, consommation d'alcool et obésité). Il y a des preuves que les personnes physiquement actives ont de 20 à 30 % moins de risque de subir un AVC [1].

Quels sont les effets de l'activité physique après un AVC ?

L'entraînement de la capacité aérobie après un AVC permet d'améliorer la marche et l'endurance physique, de diminuer la fréquence cardiaque inférieure, l'amélioration de la perception de soi et du bien-être en général [2]. Elle peut prévenir les chutes, maintenir la densité osseuse et permet aux patients de mener des activités de la vie quotidienne avec plus de facilité [3, 4]. Quand les entraînements de force et d'aérobie sont combinées, on observe une amélioration significative de la consommation maximale d'oxygène, une augmentation de la force musculaire et une perte de poids [4]. L'activité physique après un AVC peut également avoir des effets bénéfiques sur la dépression et la cognition en général [5-7]. Les étirements et les exercices de flexibilité peuvent aider à maintenir la mobilité articulaire, tandis que les exercices d'équilibre et de proprioception peuvent aider à prévenir les chutes [1].

Quels sont les risques ?

Le degré du déficit détermine quelles activités sont possibles. Les effets de l'activité physique dépendent des comorbidités comme le diabète, l'hypertension ou les maladies cardiovasculaires. Les victimes d'AVC sont 2-4 fois plus susceptibles de tomber ou d'avoir des fractures de la hanche dues à une déficience de la fonction motrice et des troubles de l'équilibre [7]. Comme pour la population générale, le principal risque de blessure des victimes d'AVC qui pratiquent de l'activité physique sont les blessures musculo-squelettiques [8]. Les patients doivent donc commencer lentement, en augmentant progressivement la durée et l'intensité de l'exercice. Les patients atteints de maladie cardiaque grave doivent contacter leur médecin avant de commencer un exercice physique vigoureux ou de longue durée.

Recommandations

Les patients sont encouragés à commencer au plus tôt les activités quotidiennes qu'ils aiment, comme la marche à l'extérieur ou sur tapis roulant, la danse, le jardinage, le vélo d'intérieur, les exercices de groupe, ou l'aquagym. L'intensité doit être adaptée au patient : par exemple, 10 minutes d'exercice de type aérobie à des niveaux sous-maximaux (65-70% de la fréquence cardiaque maximale) 2 ou 3 jours par semaine et progresser vers 20-60 minutes pour 3 jours ou plus par semaine. Le patient est à la bonne intensité s'il est légèrement essoufflé et peut encore tenir une conversation. L'entraînement de musculation devrait consister en une augmentation progressive des répétitions de poids maximal qui peut être soulevé. Il devrait être composé de 10 à 15 répétitions pour chaque série d'exercices, avec un minimum de 1 bloc de 8 à 10 exercices différents qui impliquent les principaux groupes musculaires et les membres supérieurs et inférieurs. Les exercices de souplesse et d'équilibre sont fortement recommandés pour augmenter l'amplitude des mouvements et la coordination neuromusculaire. Les patients doivent informer leur médecin avant de commencer un programme d'exercice [9].

Références

1. Billinger et al., Stroke 2014.
 2. Saunders et al., Cochrane Database Syst Rev 2004.
 3. Brazzelli et al., Cochrane Database Syst Rev 2011.
 4. Rimmer et al., Med Sci Sports Exerc 2000.
 5. Cumming et al., Int Psychogeriatr 2012.
 6. Marzolini et al., Neurorehabil Neural Repair 2013.
 7. Ramnemark et al., Stroke 1999.
 8. Adams et al., Circulation 2003.
 9. Grimby et al., 2010.
- Les références complètes sont disponibles sur www.sport-sante.lu

Auteurs : Jane S. Thornton¹, Alexis Lion²
Expert : Dirk Droste³

¹ Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Policlinique Médicale Universitaire, CH-1011 Lausanne, Switzerland

² Luxembourg Institute of Health, Sports Medicine Research Laboratory, L-1460 Luxembourg, Luxembourg

³ Centre Hospitalier de Luxembourg, Service de neurologie, L-1210 Luxembourg, Luxembourg