

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2011

Thèse N° 013/11

PROPOSITIONS DE SUPPORTS EDUCATIFS POUR LES PATIENTS EN NEUROLOGIE

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14/02/2011

PAR

Mlle. BOUNOUA BOUCHRA

Née le 13 Septembre 1985 à Jrada

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Education thérapeutique - Accident Vasculaire Cérébral
Epilepsie - Parkinson

JURY

M. BELAHSEN MOHAMMED FAOUZI.....	PRESIDENT ET RAPPORTEUR
Professeur agrégé de Neurologie	
Mme. BONO WAFAA.....	} JUGES
Professeur agrégé de Médecine interne	
Mme. MESSOUAK OUAFAE.....	
Professeur agrégé de Neurologie	
M. HARZY TAOUFIK.....	
Professeur agrégé de Rhumatologie	

PLAN

INTRODUCTION	4
MOYENS MULTIMEDIAS	7
I. POURQUOI DES MOYENS MULTIMEDIAS	8
II. QUELS MOYENS MULTIMEDIAS	8
1. L'Internet.....	8
2. Les affiches	9
3. Les dépliants	9
4. Les brochures.....	10
RAPPEL SUR LES PRINCIPALES PATHOLOGIES ETUDIEES	12
I. ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	13
1. Généralités	13
2. Epidémiologie.....	14
3. Pourquoi éduquer pour l'AVC.....	15
4. Ce que le patient doit savoir sur l'AVC	16
II. EPILEPSIE	17
1. Généralités	17
2. Epidémiologie.....	18
3. Pourquoi éduquer pour l'épilepsie.....	18
4. Ce que le patient doit savoir sur l'épilepsie	19
III. PARKINSON	20
1. Généralités	20
2. Epidémiologie.....	22
3. Pourquoi éduquer pour le Parkinson	22
4. Ce que le patient doit savoir sur le Parkinson	23
PRESENTATION DES SUPPORTS PROPOSES	24
I. ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL.....	25
1. Brochure: questions et réponses sur l'AVC	25

2. Affiche: généralités sur l'AVC	46
3. Fiche de la thrombolyse	47
4. Fiche de positionnement du malade hémiparétique	48
5. Carte du patient sous anticoagulants oraux	50
6. Affiche pour les médecins généralistes: conduite à tenir devant un AVC .	54
7. Affiche pour les médecins internes aux urgences: conduite à tenir devant un AVC	55
8. Page Web sur Facebook intitulée: "avc.chu.fes"	56
II. EPILEPSIE	57
1. Brochure: questions et réponses sur l'épilepsie.....	57
2. Dépliant de sensibilisation en classe	68
3. Dépliant: vrai ou faux sur l'épilepsie.....	70
4. Fiche de la crise d'absence chez l'enfant.....	72
5. Fiche de l'électroencéphalogramme	74
6. Page Web sur Facebook intitulée: "épilepsie.chu.fes"	75
III. PARKINSON.....	76
1. Brochure: vie quotidienne du patient parkinsonien	76
2. Document: généralités sur la maladie de Parkinson	84
3. Agenda du patient parkinsonien.....	90
4. Page Web sur Facebook intitulée: "parkinson.chu.fes".....	93
CONCLUSION	94
RESUME	96
BIBLIOGRAPHIE	105

INTRODUCTION

«L'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'évènements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événement intercurrents,...) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable» (1).

L'OMS Europe a retenu en 1998 une définition qui s'impose. Elle propose de retenir l'idée que : « L'éducation thérapeutique a pour objet de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. L'éducation thérapeutique du patient comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants» (2).

Les objectifs de l'éducation thérapeutique sont de proposer des supports éducatifs susceptibles d'expliquer au patient et/ou à sa famille la pathologie, de les aider pour se réadapter, d'éviter l'aggravation et/ou la survenue de complications dans un but de prévention.

L'Education du patient à sa maladie, c'est de comprendre la maladie, les traitements, l'organisation et les procédures ambulatoires et hospitalières de prise en charge. C'est aussi une éducation à la collaboration aux soins, à l'observance, et à la santé pour favoriser l'adaptation de ces comportements personnels afin de préserver son potentiel de santé.

Dans notre travail on a opté pour trois principales pathologies en neurologie:

Accident vasculaire cérébral, Epilépsie, Parkinson

Et cela pour les raisons suivantes:

- Pathologies où l'éducation des patients est décisive pour le pronostic.
- Fréquence de ces pathologies.
- Mauvaise compréhension de ces pathologies.
- Fausses idées socio-culturelles.
- Nécessité d'une éducation pour une meilleure prise en charge de ces pathologies.

MOYENS

MULTIMEDIAS

I. POURQUOI DES MOYENS MULTIMEDIAS?

La multimédia qualifie l'intégration de plusieurs moyens de représentation de l'information, tels que textes, sons, images fixes ou animées. Il désigne un support ou une technologie capable d'enregistrer, de restituer ou de transmettre une combinaison de textes, de sons, d'images fixes et de vidéo. Mais il faut encore ajouter à cette notion de diversité d'informations celle d'interactivité apportée par l'informatique : la possibilité pour l'utilisateur de "naviguer" à sa guise d'une information à l'autre.

II. QUELS MOYENS MULTIMEDIAS?

Les patients ont différents besoins d'information et de communication : information « pour connaître », « pour choisir », « pour superviser », « pour produire », « pour se coordonner ». Ces besoins sont fonction de la maladie, de l'attitude du patient face à la santé, des caractéristiques des systèmes de santé, et des moyens d'information disponibles, ainsi que le pouvoir socio économiques d'accès à l'information.

Les moyens multimédias diffèrent, et doivent être conçus selon le type de la cible:

- Patients analphabètes.
- accompagnants de patients (parents, enfants...).
- entourage (enseignants d'élèves malades, amis...).
- équipe soignante.

1. L'Internet:

Dans de nombreuses situations, il représente un moyen efficace d'information et de communication, complémentaire des rencontres avec les

professionnels de santé dans le monde physique. Nous distinguons quatre types de services aux patients : l'accès au contenu des sites web, la participation à des communautés, la communication électronique avec le médecin, les applications gérant des données personnelles de santé. Certes l'internet est un moyen efficace, mais dans notre contexte marocain, l'utilisation d'affiches d'information, de dépliants, de brochures, d'articles de presse...s'avèrent plus accessibles aux masses populaires du point de vue économique, social et culturel (analphabétisme, manque de moyens...).

2. Les affiches:

Les affiches et les annonces généralement attirent l'attention des gens et atteignent beaucoup de personnes.

Les messages utilisés dans ces supports sont courts et directs. Ainsi ils peuvent être de différentes tailles, styles, formes et couleurs. Et ils ont bénéficié actuellement d'avancées technologiques importantes, ils offrent une reproduction de photos en couleurs de meilleure qualité.

3. Les dépliants:

Le dépliant est l'outil de promotion de base des organisations et des projets, que ce soit pour faire connaître l'organisation ou publier une action ou un événement. Parmi les outils de présentation, c'est le plus simple, le plus accessible.

- Dans toutes les situations, le dépliant permet de diffuser une information brève, concise et ordonnée.
- Cette information permet à toute personne intéressée d'avoir un minimum d'information sur la maladie.

- On l'utilise lorsqu'on veut expliquer une maladie à un public varié. C'est un outil souple, très visuel, simple et peu coûteux à produire. En fait, chaque maladie devrait se doter d'un dépliant pour être connue.
- La durée de vie d'un dépliant est plus ou moins longue selon son contenu : le dépliant demeure valable tant que l'information qu'il contient est valable.

4. Les brochures:

Une brochure permet d'informer les patients, les usagers et leur entourage, sur les soins qui leur sont proposés. Elle complète l'information délivrée oralement par le professionnel de santé (mais ne la remplace pas) et peut aider le patient ou l'usager à participer aux décisions qui concernent leur santé élaborée selon une méthode explicite. Une brochure d'information répond toujours à un objectif précis, qui peut être différent selon le thème traité et l'utilisation prévue (au cours d'une consultation médicale ou paramédicale, d'une séance de soins ou de rééducation, ou chez soi).

Thèmes et objectifs associés:

Dépistage

- Informer sur le but, les bénéfices, les éventuels inconvénients et le déroulement du dépistage, avant que la personne ne décide de demander, d'accepter ou de refuser ce dépistage.

Prévention

- Faire prendre conscience d'un facteur ou d'un comportement à risque évitable.
- Expliquer l'utilité d'un soin pour faciliter l'arrêt de la progression de la maladie, ainsi que les moyens de prévenir les rechutes et les complications.

Stratégies diagnostiques ou thérapeutiques

- Expliquer la pathologie, les avantages et les inconvénients de chaque stratégie, la balance bénéfices/risques prévisibles des thérapeutiques pour aider le patient à prendre une décision.

Education thérapeutique du patient

- Décrire les étapes de l'éducation thérapeutique, les objectifs des séances et des activités proposées pour mieux gérer au quotidien une maladie chronique.
- Soins auto prodigués.
- Rappeler les conseils donnés par le professionnel de santé (suivre son traitement, réaliser un soin, surveiller un paramètre clinique ou biologique, etc..) afin que le patient les adapte à sa situation.

RAPPEL SUR LES
PRINCIPALES
PATHOLOGIES ETUDIEES

I. L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL:

1. Généralités:

L'OMS définit l'accident vasculaire cérébral (AVC) comme "le développement rapide de signes cliniques localisés ou globaux de dysfonction cérébrale avec des symptômes durant plus de 24 heures, pouvant conduire à la mort, sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire" (3).

Les AVC ischémiques sont les plus fréquents (80 à 85%).

Le terme « Accident Ischémique Cérébral » (AIC) regroupe les AVC par infarctus cérébraux et les Accidents Ischémiques Transitoires (AIT). L'accident ischémique transitoire (AIT) est un épisode bref de dysfonctionnement neurologique dû à une ischémie focale cérébrale ou rétinienne, dont les symptômes cliniques durent typiquement moins d'1 heure, sans preuve d'infarctus aigu à l'imagerie cérébrale. Le plus souvent de diagnostic rétrospectif, ils représentent 10% de l'ensemble des AIC mais sont largement sous-estimés. Ils constituent pourtant un signe d'alerte d'une récurrence ischémique à court terme. Le risque d'AVC après un AIT est maximal lors des 48 premières heures et de l'ordre de 10-20% à 3 mois. Ils nécessitent une prise en charge rapide pour un bilan étiologique complet et la mise en œuvre d'une prévention secondaire. Les AVC ischémiques peuvent relever de plusieurs mécanismes :

- Artériel:
 - Macroangiopathie : Athérosclérose (sténose, thrombose ou embolie à partir d'une plaque d'athérome), dissection carotidienne ou vertébrale.
 - Embolie d'origine cardiaque (cardiopathie fonctionnelle type fibrillation auriculaire ou morphologique type endocardite).
 - Maladie des petites artères (microangiopathie ou lacune).

- Causes rares : coagulopathies acquises ou congénitales, hémopathies, maladies métaboliques (*mitochondriopathie*).

- Veineux:

Plus rarement d'une thrombose veineuse cérébrale (0.5 à 1% des AVC).

Les AVC hémorragiques regroupent les hémorragies primitivement intracérébrales (environ 15% des AVC) et les hémorragies cérébro-méningées (environ 5% des AVC). Ils résultent de la rupture d'une malformation vasculaire ou d'une petite artère et sont favorisés par l'hypertension artérielle et les traitements anti-thrombotiques (4).

L'AVC constitue une urgence diagnostique et thérapeutique. Il nécessite une prise en charge hospitalière (mesures générales, contrôle des facteurs de risque, traitement anti-thrombotique, éviction des complications...), et une prise en charge post hospitalière (réadaptation, kinésithérapie, mesures d'hygiène...).

Pour cela le public doit être sensibilisé par une campagne d'information visant à lui apprendre à reconnaître les signes d'appel d'un AIT ou d'un AVC et à considérer ces signes comme une urgence. Tous les professionnels de santé concernés doivent contribuer à faire considérer l'AVC comme une urgence médicale.

Le transfert du patient à l'hôpital, idéalement directement dans une unité neuro-vasculaire ou dans un service d'accueil des urgences, doit être le plus rapide possible, car les résultats de la prise en charge en dépendent.

2. Epidémiologie:

L'âge moyen de survenue est de soixante-dix ans, mais un AVC peut se produire à tout âge. Les AVC représentent la majorité des causes d'hémiplégie récente et frappent environ 100 000 sujets par an, en France. La mortalité à un mois est de 20 %, elle est de 40 % à un an.

C'est la seconde cause de mortalité au niveau mondial, et la sixième cause, en termes d'années de handicap. C'est également la troisième cause de mortalité en France après les cancers et les cardiopathies, la première cause de handicaps physiques acquis et la seconde cause de démences.

La prévalence des AVC est de l'ordre de 284 par 100 000 habitants dans la région de Rabat-Casablanca.

3. Pourquoi une éducation pour l'AVC?

Les supports d'éducation proposés aux patients atteints d' AVC ont pour principaux objectifs d'améliorer la compliance au traitement (médicamenteux et de rééducation) et de reconnaître les symptômes évocateurs de complications, qui lorsqu'elles surviennent, majorent encore le handicap.

Il existe une prévention efficace des récurrences d'AVC et de la démence post-AVC reposant sur le traitement des facteurs de risque vasculaires, sur l'utilisation raisonnée des antithrombotiques, tels que les antiplaquettaires et les anticoagulants, sur la reconnaissance des accidents ischémiques transitoires (AIT). Les études montrent que les patients AVC connaissent mal leur pathologie et que le traitement prescrit au décours de l'AVC n'est pas toujours correctement suivi (6).

Les raisons de cette mauvaise observance au traitement sont multiples : information insuffisante du patient ou de sa famille sur les objectifs du traitement (pour que le traitement soit suivi, il faut que le patient en ait compris l'utilité), syndrome dépressif (entre 30 et 50 % des patients AVC) qui va retentir sur la compliance aux traitements médicamenteux et de rééducation (6).

Apprendre aux patients et à son entourage les complications pouvant survenir au décours d'un AVC est un autre élément essentiel de l'éducation, ce afin de les prévenir au mieux et d'alerter rapidement le médecin traitant ou le neurologue si elles surviennent.

Dans notre contexte marocain, les premiers résultats de l'enquête sur les accidents vasculaires cérébraux (AVC), effectuée entre novembre 2008 et mai 2009, auprès de 13 000 ménages et qui a touché plus de 60 000 personnes, dans la région de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër et le Grand Casablanca. Le premier résultat, surprenant, sur les 90 000 cas recensés lors des six derniers mois, 50 000 AVC ont été relevés dans le milieu rural contre 40 000 en milieu urbain. Cette étude a confirmé le fait que le risque d'un AVC augmente avec l'âge. Ce sont surtout les personnes âgées de plus de 60 ans qui sont les plus exposées, surtout si elles souffrent de diabète ou d'hypertension artérielle non-équilibrés et non-suivis. L'autre principal constat de ce travail : le manque de conscience de sa gravité. Une perte passagère de la vue ou de la parole n'est jamais assimilée à un éventuel signe annonciateur d'un AVC, d'autant plus qu'en l'absence d'une prise en charge rapide, qui doit s'effectuer dans les trois premières heures, 20 à 30% des victimes meurent au cours du premier mois après un accident vasculaire cérébral (7).

4. Ce que le patient doit savoir sur l'AVC:

- Qu'est ce qu'un accident vasculaire cérébrale?
- Les types d'un AVC.
- Les conséquences sur le cerveau.
- Les facteurs de risque d'un AVC et comment les éviter ou les traiter.
- Les symptômes d'un AVC.
- L'urgence que constitue un AVC et l'intérêt d'une consultation immédiate.
- L'intérêt du bilan initial et de l'hospitalisation.
- Positionnement de l'hémiplégique + + + +
- Comprendre le rôle du traitement médicamenteux et sa nécessité.
- Le rôle de la rééducation dans la récupération des fonctions altérées.
- Comment vivre après un AVC.

II. L'EPILEPSIE:

1. Généralités:

L'épilepsie (également comitialité, crise de grand mal ou petit mal), est une affection neurologique qui est le symptôme d'une hyperactivité cérébrale paroxystique pouvant se manifester par des convulsions ou une perte de conscience, voire par des hallucinations complexes inaugurales (visuelles et/ou auditives et/ou somesthésiques), avec ou sans convulsions, mais ce n'est pas une maladie mentale, contrairement à l'image que peuvent avoir des malades (8).

Bien qu'il soit toujours difficile de pouvoir affirmer un lien de causalité avec certitude, il existe un certain nombre de facteurs qui peuvent contribuer à la survenue d'une épilepsie (Traumatismes crâniens, tumeurs cérébrales, pathologies vasculaires cérébrales, convulsions fébriles, infections, causes périnatales, facteurs toxiques, facteurs génétiques).

La prise en charge de l'épilepsie doit être globale:

- Par un traitement médicamenteux à base d'anti-épileptiques, qui exige une collaboration harmonieuse entre le praticien, le malade et l'entourage familial afin d'obtenir une bonne observance thérapeutique.
- Et par une action psychologique, qui doit intéresser tant le patient que son entourage familial et social. Cette action doit viser avant tout à dédramatiser la maladie et de valoriser l'épileptique par une meilleure information de sa famille et de lui-même, Il faut expliquer méthodiquement au patient sa maladie et ses manifestations en tenant compte des possibilités de compréhension du patient.

2. Epidémiologie:

Prévalence : L'épilepsie est l'affection neurologique la plus fréquente (0,5 % à 0,7 %) après la migraine et concerne, en France près de 1 % de la population. L'épilepsie dans ses différentes formes touche près de 50 millions de personnes dans le monde, nourrissons, enfants, adolescents et adultes confondus.

Incidence : 53 cas pour 100 000 habitants et par an (30 000 nouveaux cas en France tous les ans) (9).

Près de 374.000 personnes seraient épileptiques au Maroc d'après une étude faite à Casablanca. Si dans les pays occidentaux la prévalence se situe entre (0,5) et (0,8%), dans les pays en développement, elle varie entre 1 et 5%. Au Maroc, elle est de (1,1%) (10).

3. Pourquoi une éducation pour l'épilepsie?

Fausse idées sur la pathologie:

Des enfants épileptiques sont renvoyés de l'école et des adultes mal insérés dans le circuit professionnel en raison des préjugés.

Beaucoup de malades recourent encore aux guérisseurs traditionnels fkihs et marabouts.

Dans 70% des cas, les médicaments permettent d'arrêter les crises et de vivre normalement.

«Msetti» (fou), «maskoune» (habité par un esprit maléfique), «madroub» (ensorcelé), «fih leriah»..., le lexique pour désigner les épileptiques est très riche, toujours péjoratif, hélas, et renvoie à des clichés qui demeurent tenaces malgré le progrès de la médecine. Les personnes atteintes de cette maladie, souffrent plus des préjugés qui entourent l'épilepsie que de la maladie elle-même (11).

L'éducation thérapeutique est essentielle pour bien informer :

- sur la meilleure façon de faire face aux crises ;

- Sur la maladie, son évolution et ses conséquences, ses traitements ;
- Sur l'hygiène de vie la plus adaptée ;
- Sur l'organisation de la vie quotidienne.

Elle améliore la qualité de vie, par :

- Une meilleure prise de conscience des bénéfices du traitement et de l'importance d'en respecter la fréquence et les horaires de prise ;
- Une plus grande sécurité en apprenant à reconnaître :
 - o Les facteurs déclenchants de crises ou d'incidents, et ainsi les atténuer ou les éviter,
 - o Les effets secondaires des traitements, et ainsi les prévenir.

4. Ce que le patient doit savoir sur l'épilepsie:

- Comprendre ce que est l'épilepsie et son mécanisme.
- Différencier l'épilepsie des maladies mentales.
- Bannir les fausses idées culturels et sociales sur l'épilepsie.
- Connaître les principaux types des crises épileptiques.
- Apprendre à l'entourage comment agir au moment d'une crise épileptique.
- Adopter une bonne hygiène de vie.
- Connaître que l'épilepsie peut être curable.
- Nécessité du traitement médical et de la bonne observance.
- Comment s'insérer dans la vie sociale et professionnelle pour l'enfant et l'adulte épileptique.

III. PARKINSON:

1. Généralités:

La maladie de Parkinson est une maladie neurologique caractérisée par la dégénérescence d'une population de cellules nerveuses situées dans le Locus Niger ou Substance Noire.

Cette maladie est caractérisée par la disparition prématurée, lente et progressive d'un certain nombre de neurones des noyaux gris centraux. Les neurones concernés sont dopaminergiques. La disparition progressive de ces cellules entraîne une diminution de la sécrétion de dopamine. Cette diminution est responsable de l'apparition des signes cliniques typiques de la maladie de Parkinson que sont le tremblement de repos, la rigidité musculaire, un ralentissement des mouvements. Parfois atteintes intellectuelles : détérioration de la mémoire, difficulté à adapter son comportement au changement de situation à des stades plus avancés, la maladie peut s'accompagner de confusion mentale ou de démence. Dans 30 % des cas, le malade peut présenter une dépression. D'autres symptômes peuvent s'ajouter: amaigrissement, constipation, hypersalivation, troubles du sommeil, de la parole et de l'écriture.

Comme beaucoup d'autres troubles neurologiques, la maladie de Parkinson est chronique, évolutive et pour le moment incurable. Elle est d'étiologie inconnue (12) (13) (14) (15).

Classiquement, on décrit trois étapes évolutives de la maladie de Parkinson:

La "lune de miel" qui est une période variant de 3 à 8 ans et qui se définit par une vie pratiquement normale. C'est une période de meilleure efficacité du traitement.

Les classiques fluctuations qui affectent 60 % des patients après six ans d'évolution : akinésie et dyskinésies.

La 3ème période, la plus handicapante, correspond à la perte d'efficacité de la L-Dopa.

S'il n'existe pas de traitements pouvant guérir la maladie de Parkinson, il est néanmoins possible d'en atténuer les symptômes par l'usage de médicaments, mais aussi en suivant certaines mesures liées au mode de vie. Généralement, les symptômes sont contrôlés avec assez de succès si le traitement est bien ajusté selon l'évolution de la maladie. Malgré l'anxiété et les découragements que peut engendrer la maladie, avoir un rôle actif dans sa prise en charge permet de mieux vivre avec les décisions qui ont été prises.

La L-DOPA est le traitement le plus utilisé car le plus actif, il est transformé en dopamine et utilisé par l'organisme. La deuxième grande catégorie de traitement médicamenteux est la classe des agonistes dopaminergiques: Ces substances agissent directement sur les récepteurs post synaptiques de la voie nigro-striée. Elles sont moins efficaces sur les symptômes moteurs que la L-DOPA. Elles sont néanmoins utilisées en première intention chez le sujet jeune car elles retardent l'utilisation de la L-DOPA, qui favorise l'apparition de dyskinésies (16).

En fait, la pratique régulière d'exercices de kinésithérapie appropriés permet de réduire les conséquences motrices de la maladie de Parkinson au début. Ces exercices pratiqués en phase, doivent insister sur la posture, la marche et la coordination. Une prise en charge individuelle intensive est préconisée, sous la forme de 3 à 5 heures de kinésithérapie hebdomadaire plusieurs semaines par an. Enfin, les mesures de réadaptation sont essentielles, en particulier dans les stades avancés de la maladie. Elles visent à limiter les conséquences sociales des déficiences et incapacités et sont donc organisées au mieux à partir du domicile.

Contre les troubles de la parole, facteur d'isolement, la rééducation orthophonique de la dysarthrie dans la maladie de Parkinson est un aspect essentiel

de la prise en charge du patient. Les différentes approches orthophoniques sont la relaxation, la rééducation posturale, la respiration, la phonation, la rééducation articulaire et la rééducation prosodique.

2. Epidémiologie:

La maladie de Parkinson est une atteinte neurologique chronique qui touche près de 6,3 millions de personnes dans le monde. Sa répartition à l'échelle de la planète est relativement homogène.

Sa prévalence dans les pays occidentaux augmente avec l'âge : elle est de 1 à 2 pour 1000 dans la population générale, elle est rare avant 50 ans et s'élève de 6 à 8 pour 1000 entre 65 et 69 ans ; elle passe de 26 à 35 pour 1000 entre 85 et 89 ans. L'âge habituel de début est autour de 60 ans (17).

3. Pourquoi une éducation pour le parkinson?

La maladie de Parkinson étant une maladie définitive et donc quotidienne, son traitement, sa surveillance, la prévention d'éventuelles complications aiguës ou chroniques vont conditionner la plupart sinon la totalité des actes de la vie courante nécessitant une compréhension de ce qu'est cette maladie et l'acquisition d'attitudes pratiques adaptées.

Ceci définit un savoir théorique du patient et un savoir-faire pratique, tous deux indispensables, dont l'évaluation devra être régulièrement pratiquée.

Les avantages d'une bonne connaissance de la physiopathologie des symptômes et des traitements, en particulier d'utiliser au mieux les médicaments :

- En respectant les prescriptions et les horaires de prise ;
- En prévenant et/ou dépistant les éventuels effets secondaires ;
- en évitant la prise d'autres médicaments sans avis médical ;

- En prenant le réflexe de consulter rapidement en cas :
 - o De comportements anormaux, compulsifs et addictifs avec jeux d'argent (loto, grattage, casinos, etc.), achats inconsidérés,
 - o D'insomnie soudain qui peut interférer avec l'exercice professionnel (et nécessiter une adaptation du poste de travail, voire un reclassement professionnel) et la conduite automobile. Elle concerne donc aussi l'entourage immédiat.

4. Ce que le patient doit savoir sur le Parkinson:

- Qu'est ce que la maladie de Parkinson?
- Les causes et les symptômes de la maladie.
- Le diagnostic surtout clinique du Parkinson.
- Intérêt du traitement médicamenteux et de la bonne observance.
- Intérêt des exercices physiques et de la rééducation.
- Comment vivre et adapter ses activités quotidiennes à la maladie.
- Parler de l'impact psychique de la maladie et comment le vaincre.

PRESENTATION DES SUPPORTS PROPOSES

I. ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

1. Brochure sous forme de questions et réponses en arabe et en français avec des images explicatives, destinée au patient et à son accompagnant pendant le séjour à l'hôpital et à domicile (18):

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

L'AVC, ou attaque cérébral est causé par une perturbation soudaine de l'irrigation d'une partie du cerveau. Il peut s'agir:

- D'une artère bouchée par un caillot de sang, ce qui bloque la circulation sanguin en provoquant ce qu'on appelle un AVC ischémique ou infarctus cérébral (80% des AVC),
- De la rupture d'une artère, déclenchant une hémorragie intracérébrale (15% des AVC),
- De la rupture d'une malformation vasculaire congénitale (anévrisme), entraînant une hémorragie méningée (5% des AVC).

Il existe donc deux types d'AVC:

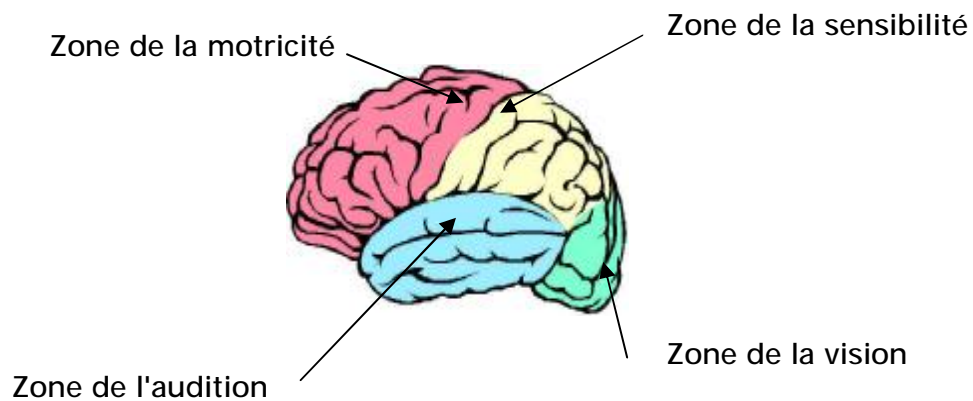
AVC ischémique les plus fréquents,

AVC hémorragique.

Quelles sont les conséquences immédiates d'un AVC?

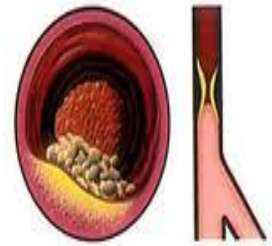
La lésion vasculaire entraîne une souffrance d'une région du cerveau, plusieurs fonctions du corps s'affaiblissent ou disparaissent, selon la zone cérébrale touchée:

- Les fonctions motrices: paralysie plus ou moins complète d'un ou plusieurs membres.
- Les fonctions sensitives: diminution ou disparition de la sensibilité de la face ou d'un ou plusieurs membres.
- Les fonctions visuelles: diminution de la vision dans un hémichamp visuel (moitié du champ), vision double (diplopie), baisse de l'acuité visuelle d'un œil,
- Les fonctions du langage: difficulté d'élocution et parfois à comprendre ce qui est dit,
- La mémoire,
- L'équilibre.



Qu'est ce qu'un AVC ischémique (infarctus cérébral)?

Un AVC ischémique survient quand un caillot de sang bouche une artère, empêchant brutalement le flux sanguin d'irriguer une partie du cerveau. Il se manifeste par l'apparition soudaine de troubles des fonctions sus citées.



Parmi les accidents ischémiques, on distingue les accidents constitués et les accidents transitoires.

- Dans les accidents constitués, le déficit neurologique persiste plus de 1 heure, il laisse le plus souvent des séquelles.
- L'accident transitoire prend fin dans une heure, d'où l'absence de séquelles, c'est pourtant un signal d'alarme: il est fréquent que survient ensuite un accident constitué, c'est pour cela qu'il doit être rapidement diagnostiqué et traité.

Qu'est ce qu'un AVC hémorragique?

L'hémorragie cérébrale fait suite à la rupture d'une artère cérébrale. Le sang s'échappe et se répand dans le tissu cérébral avoisinant, qu'il comprime et endommage. Les symptômes dépendent du siège et du volume de ce dernier, et peuvent aller d'un déficit neurologique discret et rapidement régressif à la paralysie massive d'un hémicorps associée à un coma et un décès rapide en quelques heures.



Quelles sont les principales causes des AVC ischémiques?

Il existe trois causes principales:

- Soit par un caillot (thrombus) venu d'une lésion de la paroi d'une grosse artère cervicale (artère carotide interne ou cervicale) ou de l'aorte. Il s'agit le plus souvent d'un rétrécissement (sténose) de l'artère par athérombose;
- Soit par un caillot venu du cœur (embolie cardiaque), lorsqu'il existe des troubles du rythme cardiaque ou une maladie cardiaque;
- Soit par un caillot qui se forme au niveau d'une petite artère intracérébrale, ce qui est fréquent chez les diabétiques ou les hypertendus.

Quelles sont les causes des AVC hémorragiques?

Les hémorragies cérébrales sont favorisées par l'hypertension artérielle, le diabète, l'alcoolisme et les troubles de la coagulation sanguine, en particulier lors de la prise d'un traitement anticoagulant.

Les hémorragies cérébrales sont parfois dues, surtout chez le sujet jeune, à la rupture d'une malformation vasculaire (anévrisme artériel, malformation artérioveineuse ou angiome cérébral), à une anomalie héréditaire de la coagulation favorisant les hémorragies ou à la prise de toxiques.

Quels sont les facteurs de risque d'un AVC?

Les facteurs de risque d'AVC sont communs à toutes les maladies vasculaires, qui peuvent toucher le cœur, les membres inférieurs, les reins et d'autres organes, au même titre que le cerveau. Donc il faut les supprimer par un bon traitement de l'hypertension artérielle ou du diabète, arrêt du tabac, normalisation du taux de cholestérol et de triglycérides.

L'hypertension artérielle favorise-t-elle la survenue d'un AVC?

L'HTA est le premier des facteurs de risque, quel que soit le type d'AVC. Le risque est deux à quatre fois supérieur à celui d'un non hypertendu, donc l'équilibre de la tension artérielle par des traitements antihypertenseurs avec une diététique adaptée (régime moins riche en sel et en matières grasses), un poids équilibré et la pratique d'un exercice physique sont nécessaires.



Le tabac favorise-t-il la survenue d'un AVC?

Chez un fumeur le risque d'AVC ischémique est multiplié par 1,5 à 2,5. Il est autant plus grand que la consommation est importante et il diminue rapidement à l'arrêt du tabac.



Le diabète favorise-t-il la survenue d'un AVC?

C'est un facteur de risque important pour l'AVC ischémique, le risque est doublé chez le diabétique.

L'élévation des graisses dans le sang favorise-t-elle la survenue d'un AVC?

Le risque est multiplié par 1,3 en cas d'élévation de cholestérol et des triglycérides.

L'alcool est-il un facteur favorisant des AVC?

Une forte consommation d'alcool triple le risque de présenter un AVC ischémique ou hémorragique.



La sédentarité est-elle un facteur de risque?

Peu ou pas d'activité physique favorise la survenue d'un AVC.

Restez actif !



La surcharge pondérale est-elle un facteur de risque?

Oui, d'autant qu'elle s'accompagne souvent d'hypertension artérielle, d'anomalies du cholestérol et de diabète.



La contraception orale est-elle un facteur de risque?

Le risque d'un AVC ischémique est plus élevé chez les femmes sous contraceptif, il existe cependant, surtout en cas de cumul de risques: par exemple, femme sous contraceptif, âgée de plus de 35 ans, migraineuse et qui fume.

La migraine est-elle un facteur de risque?

Plusieurs études ont montré qu'il y avait plus de migraineux chez les victimes d'un AVC ischémiques! Mais on ne peut dire que la migraine est un facteur de risque en l'absence d'études rigoureuses à ce sujet.

L'AVC est-il héréditaire?

Il existe parfois une prédisposition familiale aux accidents vasculaires, cardiaques ou cérébraux. Il faut donc éliminer les facteurs de risque.

Quels sont les symptômes d'un AVC?

Les symptômes varient selon le siège et l'étendue de la lésion. Ils surviennent, en général, brutalement, parfois pendant le sommeil. Leur intensité peut être d'emblée maximale ou s'accroître progressivement en quelques minutes ou quelques heures.



Les symptômes habituels sont:

- Une faiblesse musculaire ou une paralysie. Toute partie du corps peut être touchée mais le plus souvent, il s'agit de la main du bras, de la jambe ou de la face. Très fréquemment, le bras et la jambe du même côté sont atteints (hémiplégie);
- Une perte de la sensibilité. Elle se manifeste par un engourdissement, voire une anesthésie, le chaud et le froid sont peu ressentis;
- Une difficulté de langage. Il s'agit, soit d'une gêne pour articuler les mots (dysarthrie), soit d'un trouble du langage (aphasie): les mots sont mal exprimés ou mal compris, ou les deux ensemble;
- Un trouble visuel. La vision, le plus souvent, est perdue sur une moitié du champ visuel, identique pour les deux yeux (hémianopsie). Parfois, c'est un œil qui ne voit plus (amaurose) ou les deux, ou encore la vision est double (diplopie).

D'autres symptômes peuvent survenir:

- Perte de l'équilibre ou de la coordination, vertiges,
- Maux de tête inhabituels, accompagnés de nausées et de vomissements,
- Troubles de la conscience pouvant aller de la somnolence au coma.

Qu'est ce qu'un accident ischémique transitoire AIT?

C'est un accident ischémique cérébral dont les symptômes sont brefs, durant moins d'une heure:

- Faiblesse, paralysie ou engourdissement du visage, d'un bras, d'une jambe, d'un côté du corps,
- Baisse brutale, unilatérale de la vision,
- Difficulté à parler ou troubles de la compréhension.

La régression des troubles est totale, ne laissant aucune séquelle.

Il est important de savoir que l'AIT est une urgence qui doit être prise en charge précocement pour diminuer le risque de survenue d'un AVC ischémique constitué, d'un infarctus du myocarde ou d'accidents vasculaires dans d'autres territoires.

Comment les AVC évoluent-ils à distance de l'accident?

Tout est possible, même si l'état initial du patient est préoccupant, on peut souvent l'améliorer de façon importante au fil du temps. Des exercices adaptés et constants sont à l'origine du progrès.



Une très légère amélioration d'une lésion neurologique peut avoir des effets étonnants.

L'AVC peut-il récidiver? Pourquoi? Comment?

Le fait d'avoir subi un AVC surtout ischémique, prédispose à une récurrence. Et avec l'existence de facteurs de risque, il est évident qu'un nouvel accident peut se produire.

La plupart des AVC récidivent selon le mécanisme initial (ischémique ou hémorragique), et dans la même zone cérébrale.

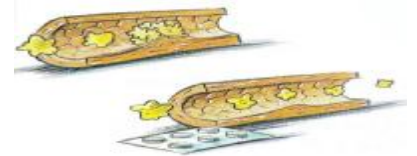
Comment prévenir un AVC?

Il s'agit essentiellement du traitement des facteurs de risques:

- En cas d'hypertension artérielle: prendre le traitement régulièrement et surveillance de la tension,
- En cas de diabète : contrôle régulier de la glycémie pour qu'elle reste équilibré.
- En cas d'excès de cholestérol ou triglycérides: la modification des habitudes alimentaires est nécessaire, parfois le médecin peut prescrire des médicaments pour baisser l'excès.

Pourquoi prescrit-on des antiagrégants plaquettaires?

La formation du caillot - qui bouche les artères dans l'AVC ischémique - est liée à l'agglutination des plaquettes. Le rôle de l'aspirine est d'empêcher les plaquettes à s'agglutiner et diminuent ainsi la formation de caillots artériels.



Quelle est la durée de prescription des antiagrégants plaquettaires?

Le risque de récurrence persiste après un premier accident, d'où la nécessité de poursuivre l'antiagrégant plaquettaire le mieux toléré pour une durée illimitée, sauf si des effets secondaires apparaissent.

Pourquoi prescrit-on des anti-vitamines K: AVK?

Ils ont pour but de ralentir la coagulation du sang, de façon à éviter la formation de caillots dans les vaisseaux. Ils sont prescrits lorsqu'il existe un risque de formation de caillot dans le cœur (trouble de rythme cardiaque par exemple) pouvant aller jusqu'au cerveau. Le risque principal de ce traitement est l'hémorragie en cas de surdosage, il doit donc être étroitement surveillé par le dosage régulier de l'INR.

N.B: la carte du patient sous AVK est disponible au service de neurologie, garder là toujours sur vous!

Quels examens biologiques sont nécessaires?

Les examens sanguins servent à préciser le taux de globules rouges et blancs, à rechercher une inflammation (NFS, VS...), à doser le sucre (glycémie) et les graisses (cholestérol, triglycérides), enfin à détecter un trouble de la coagulation (TP, numération des plaquettes...).

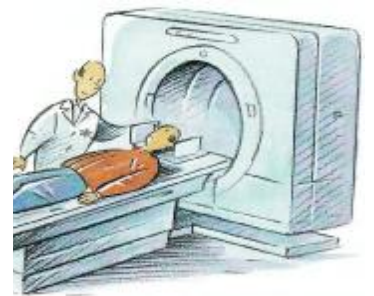
Pourquoi réaliser un électrocardiogramme?

Il doit être réalisé, quel que soit le type d'AVC. Il permet de déceler un trouble du rythme cardiaque favorisant la migration d'un caillot du cœur vers le cerveau, et de préciser le retentissement d'une hypertension artérielle sur le cœur.



Quels sont la place et l'intérêt du scanner?

C'est un examen indolore qui donne une image détaillée du cerveau. Il doit être réalisé rapidement et il permet de savoir s'il s'agit d'AVC ischémique ou hémorragique.



Il faut rappeler que le scanner peut être normal lors d'un accident vasculaire transitoire ou même dans les premières heures d'un accident vasculaire ischémique constitué.

Quels sont la place et l'intérêt de l'échographie cardiaque?

C'est pour déceler un caillot dans le cœur, une malformation cardiaque, une anomalie de fonctionnement cardiaque...

20 à 30% des AVC ischémique sont liés à la migration d'un caillot du cœur dans le cerveau.

Quels sont la place et l'intérêt du doppler cervical?

Il permet d'étudier de façon indolore le flux sanguin dans les artères du cou. Il décèle un rétrécissement ou une obstruction par un caillot au niveau d'une artère cervicale, il détecte aussi les lésions athéromateuses et les dissections artérielles.



L'hospitalisation est-elle urgente?

Oui, et pour tout AVC, car le déficit neurologique risque de s'aggraver dans les premières heures. L'AVC nécessite une hospitalisation et un traitement pour réduire les lésions cérébrales et surveiller le malade.



Vous devez consulter dès l'apparition des premiers symptômes, parce qu'il existe actuellement un traitement curatif pour l'AVC ischémique qui est la thrombolysé!

Mais il n'est efficace que s'il est appliqué dans les 3 premières heures!

Quels sont les objectifs de la rééducation?

Notre cerveau sait compenser certaines de ses défaillances: c'est ce qu'on appelle la plasticité cérébrale. Ainsi les fonctions atteintes doivent être stimulées de façon importante et durable par des exercices adaptés.



- Le premier objectif est de favoriser la récupération des fonctions de marche, usage de la main, langage, vision...
- Le deuxième objectif, est d'apprendre au patient à utiliser au mieux le potentiel qui lui reste.
- Le troisième objectif est d'empêcher la survenue des complications (raideurs articulaires comme exemple).

La rééducation doit être débutée le plus tôt possible, adaptée à ce que le patient peut supporter.

Comment faire sa toilette?

Si vous pouvez le faire vous-même, ne manquez pas cette occasion d'améliorer votre mobilité. Cependant, attention! Si vous n'avez pas suffisamment récupéré, qu'un membre de votre entourage reste avec vous.



Voici quelques conseils utiles:

- Installer des barres d'appui autour de la baignoire, de la douche et des WC,
- Prévoir un tapis de bain adhésif dans la douche et au sol pour vous éviter de glisser,
- Si vous ne pouvez pas vous tenir debout de façon stable faites placer, là où vous lavez, une chaise en plastique,
- Il est important de sécher soigneusement la peau et de l'hydrater avec des crèmes protectrices en insistant sur les parties de saillie osseuse: épaules, coudes, talons, bas du dos.

Comment s'habiller?

- Commencer par s'habiller du côté atteint, et à se déshabiller du côté sain, le tout en restant assis,
- Un pantalon ou des chaussettes sont plus faciles à mettre quand la jambe malade est posée sur la jambe saine,
- Les chaussures seront confortables et fermées, pour que le pied soit bien maintenu.

Comment s'alimenter en cas de troubles modérés de la déglutition?

- Eviter les aliments qui ne sont pas de consistance homogène,
- Absorber de petites rations et lentement,
- Epaissir les liquides à l'aide de produits spéciaux ou de bouillie,...
- La position est essentielle: vous devez être assis et porter les aliments à la bouche du côté sain. Il est plus facile de déglutir en penchant la tête en avant,
- Les repas froids tendent à stimuler le réflexe de déglutition.
- Les aliments conseillés: crèmes de légumes épaisses, compotes de fruits, yaourts, flancs, semoules épaisses, viande hachée, poissons.
- Les aliments à éviter: viandes non hachées, gâteaux.



Peut-on conduire après un AVC?

La reprise de la conduite automobile dépend des séquelles. Des séquelles visuelles comme une perte de la vision dans un champ visuelle est n'est pas compatible avec la conduite.

Quand reprendre le travail après un AVC?

C'est possible dès que le degré d'activité physique est satisfaisant et qu'un certain équilibre psychique est retrouvé, le délai dépend aussi du type de travail effectué.

Peut-on faire du sport après un AVC?

Si l'intégrité physique est retrouvée, toute activité est utile, plus ou moins importante selon ses performances antérieures. Ce qu'il faut surtout, c'est éviter les efforts trop soutenus et trop violents.



الحادث الوعائي الدماغى أو السكتة الدماغية

ما هو الحادث الوعائى الدماغى؟

الحادث الوعائى الدماغى، أو السكتة الدماغية تحدث نتيجة اضطراب مفاجئ فى جريان الدم فى جزء من الدماغ. وهى ناتجة سواء عن:

- انسداد فى أحد الشرايين يكون سببه تخثر فى الدم، الشيء الذى يؤدى إلى وقف جريان الدم مسببا ما يسمى بالسكتة الخثارية أو الاحتشاء الدماغى (80% من السكتات الدماغية).
- تمزق أحد الشرايين مسببا نزيفا فى الدماغ (15% من السكتات الدماغية)
- تمزق ناتج عن تشوه خلقى فى الأوعية الدموية (تمدد الأوعية الدموية) مؤديا إلى نزيف فى السحايا (5% من السكتات الدماغية).

يوجد إذن نوعان من السكتات الدماغية:

- سكتة دماغية خثارية وهى الأكثر شيوعا.
- سكتة دماغية نزيفية.

ما هي العواقب المباشرة للسكتة الدماغية؟

الضرر الملحق بالأوعية الدموية يسبب معاناة فى منطقة معينة من الدماغ، مما يؤدى إلى ضعف أو فقدان عدد من الوظائف، وذلك حسب المنطقة المصابة.

- الوظائف الحركية: شلل تام أو جزئى فى عضو أو أكثر.
- الوظائف الحسية: نقص أو فقدان الحساسية الشعورية فى الوجه أو فى عضو أو أكثر.
- الوظائف البصرية، نقص الرؤية فى نصف المجال البصرى، رؤية مزدوجة للأشياء، نقص الرؤية فى إحدى العينين.

ما هي السكتة الدماغية الخثارية؟

السكتة الخثارية هي ناتجة عن تخثر فى الدم، يؤدى فجأة إلى توقف تدفق الدم إلى منطقة معينة من الدماغ. ومن تم خلل فى إحدى الوظائف المذكورة سابقا. ونميز نوعان من السكتات الخثارية: سكتة متشكلة وسكتة عابرة.

- فى ما يخص السكتة المتشكلة فإن العجز الوظيفى يستمر لأكثر من ساعة، تاركا عواقب وظيفية.
- أما السكتة العابرة فهي لا تتجاوز الساعة، لذلك لا تترك عواقب وظيفية، ولكنها تعتبر علامة إنذار: لأنها غالبا ما تكون متبوعة بسكتة متشكلة، لذا يجب تشخيصها ومعالجتها بشكل مبكر.

ما هي السكتة الدماغية النزيفية:

النزيف الدماغى ينتج عن تمزق شريان فى الدماغ، يلىه انتشار للدم فى النسيج الدماغى المجاور، فىضغط عليه ويتلفه، أما الأعراض المترتبة عن ذلك فهى مرتبطة بمكان وحجم النزيف، وقد تتراوح خطورتها ما بين عجز وظيفى طفيف قابل للشفاء بسرعة و شلل شامل فى نصف الجسم مع غيبوبة أو حتى الموت السريع خلال بضعة ساعات.

ماهى أسباب السكتة الخثارية؟

هناك ثلاثة أسباب رئيسية:

- جلطة دموية ناتجة عن تلف فى جدار أحد شرايين العنق الكبرى أو فى الشريان الأبهري. وغالبا ما يتمثل هذا التلف فى تضيق شريانى ناتج عن تصلب الشريان (وجود كتل شحمية على الجدار).
- جلطة دموية مصدرها القلب، وذلك عندما يكون هناك اضطراب فى ضربات القلب أو مرض فى القلب.
- جلطة دموية متكونة فى أحد شرايين الدماغ. الأمر الشائع لدى مرضى السكرى وارتفاع الضغط الدموي.

ما هى أسباب السكتة النزيفية؟

ارتفاع ضغط الدم، داء السكرى، شرب الكحول، خلل فى تخثر الدم (خصوصا عند تناول أدوية مضادة للتخثر)، كلها أسباب تؤدي إلى نزيف فى الدماغ. فى بعض الأحيان، وخصوصا لدى الأشخاص صغار السن، يكون سبب النزيف هو تمزق على مستوى تشوه فى أحد الأوعية الدموية، أو خلل وراثى فى عوامل التجلط أو حتى تناول مواد سامة.

ما هى العوامل المحفزة لظهور السكتة الدماغية؟

عوامل الخطر متشابهة بالنسبة لكل أمراض الشرايين، وقد تصيب القلب، أو عية الأطراف السفلية (الأرجل)، الكلى، الدماغ وغيرها من الأعضاء. لذا فىجب حذف هذه العوامل، وذلك بمعالجة ارتفاع ضغط الدم وداء السكرى، وقف التدخين، خفض نسبة الكولسترول إلى مستواها الطبيعى...

هل ارتفاع الضغط الدموي يؤدي إلى السكتة الدماغية؟

نعم، وهو يعتبر أول عوامل الخطر فى كلا نوعى السكتة الدماغية، وخطر الإصابة يكون مرتفعا بمرتين إلى أربع مرات مقارنة بشخص لا يعانى من ارتفاع ضغط الدم، لذلك يجب التحكم فى ارتفاع الضغط بالأدوية المناسبة وإتباع نظام غذائى خالى من الملح والمواد الدهنية، وكذا التحكم فى وزن الجسم وممارسة التمارين الرياضية.

هل التدخين يسبب السكتة الدماغية؟

نعم، وخطر الإصابة يضاعف من 1.5 إلى 2.5، ويرتفع بارتفاع نسبة التدخين ويقف بسرعة عند التوقف عن التدخين.

هل داء السكري يساهم في ظهور السكتة الدماغية؟

نعم، فهو يشكل عاملا أساسيا في ظهور السكتة الخثارية، فخطر الإصابة يكون مضاعفا لدى مرضى السكري.

هل ارتفاع نسبة الدهون في الدم عامل في الإصابة بالسكتة الدماغية؟

نعم، لأن خطر الإصابة يضاعف إلى 1.3 في حالة ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم، والتريكليريد).

هل الكحول سبب في السكتة الدماغية؟

شرب الكحول يضاعف إلى 3 مرات خطر الإصابة بالسكتة الدماغية سواء النزيفية أو الخثارية.

هل قلة الحركة تشكل عاملا خطرا؟

حافظوا على النشاط البدني لأن قلة أو انعدام الحركة يزيد من خطر الإصابة بالسكتة.

هل يشكل الوزن الزائد عاملا خطرا؟

نعم، وخصوصا أنه غالبا ما يكون مصحوبا بارتفاع ضغط الدم والكوليسترول وكذلك السكري.

هل تشكل حبوب منع الحمل عاملا خطرا؟

نعم، هناك خطر الإصابة بالسكتة الخثارية، وهذا خصوصا مع وجود عوامل خطر أخرى، فمثلا هذا الخطر يرتفع لدى امرأة تتناول حبوب منع الحمل، سنها يتجاوز 35 سنة، تعاني من داء الشقيقة وتدخن.

هل الشقيقة عامل خطر؟

هناك دراسات عديدة بينت أن عددا كبيرا من المصابين بالسكتة الخثارية هم يعانون من الشقيقة. ولكن مع ذلك لا نستطيع الجزم بأن الشقيقة عامل مسبب للسكتة الدماغية في غياب دراسات دقيقة في هذا الشأن.

هل السكتة الدماغية وراثية؟

في بعض الحالات، تكون هناك قابلية لدى أفراد العائلة للإصابة بالجلطة القلبية أو الدماغية. لهذا يجب القضاء على عوامل الخطر.

ما هي أعراض السكتة الدماغية؟

تتغير الأعراض حسب موقع ومساحة المنطقة المصابة. وهي تظهر غالبا بطريقة مفاجئة وأحيانا أثناء النوم. وقد تكون الأعراض فورا حادة أو طفيفة تزداد حدتها في الدقائق أو الساعات الموالية وهي تتمثل في:

- وهن عضلي أو شلل، قد يصيب أي مكان في الجسم، ولكن غالبا ما يصيب اليد، الذراع، الساق أو الوجه. وكثيرا ما تصاب الذراع والساق من نفس الجهة من الجسم "الشلل النصفي".
- فقدان الحساسية الشعورية، تظهر على شكل خدر في الأعضاء، كما أن الاحساس بالبرودة أو السخونة يكون ضعيفا.
- صعوبة في الكلام، سواء في نطق الكلمات (تلعثم) أو فقدان القدرة على الكلام: ناتج عن خلل في التعبير أو في الفهم أو الاثنين معا.
- خلل في وظيفة البصر، يتمثل سواء في فقدان البصر في مجال معين من الرؤية وبالنسبة لكلتا العينين، أو فقدان الكلي للرؤية في إحدى العينين أو كليهما، أو كذلك الرؤية المزدوجة للأشياء.

كما يمكن حدوث أعراض أخرى:

- كفقدان التوازن و القدرة على التنسيق أو الشعور بالدوار.
- آلام في الرأس، مصحوبة بغثيان وقيء.
- اضطراب في الوعي يمكن أن يتمثل في الاحساس بالنعاس أو حتى الدخول في غيبوبة.

ما هي السكتة الدماغية العابرة؟

هي عبارة عن سكتة خثارية تكون أعراضها سريعة وتختفي في أقل من ساعة.

- ضعف عضلي، شلل أو شعور بالخدر في الوجه، في الذراع أو في الساق في نصف من الجسم.
 - نقص مفاجئ في الرؤية في إحدى العينين.
 - صعوبة في التكلم أو عدم القدرة على الفهم.
- اختفاء هذه الأعراض يكون كليا، ولا يترك أية عواقب، ولكن السكتة العابرة تعد ناقوس خطر كبير لأنها غالبا ما تكون متبوعة بسكتة خثارية متشكلة، بجلطة في القلب أو في إحدى مناطق الجسم.

كيف تتطور حالة المريض بعد الإصابة بالسكتة الدماغية؟

كل شيء ممكن، حتى ولو كانت الأعراض الأولية حادة ومقلقة، فقد تتحسن بشكل ملفت مع مرور الوقت وذلك بواسطة ممارسة تمارين بطريقة مستمرة ومناسبة للشخص المريض.

هل يمكن التعرض لسكتة دماغية ثانية "انتكاسة" لماذا؟ وكيف ذلك؟

التعرض لسكتة دماغية يشكل في حد ذاته عاملا للإصابة بسكتة دماغية أخرى أو ما يسمى بالانتكاسة، وبوجود عوامل الخطر فمن البديهي التعرض لسكتة دماغية مرة أخرى، وغالبا ما تحدث في نفس المنطقة من الدماغ وحسب نفس الآلية الأولى (سكتة خثارية أو نزيفية).

كيف يمكن الوقاية من السكتة الدماغية؟

يمكن ذلك بمعالجة عوامل الخطر:

- في حالة ارتفاع ضغط الدم: تناول الدواء بشكل منتظم ومراقبة الضغط.
- في حالة داء السكري: مراقبة نسبة السكري في الدم و جعلها في المستوى الطبيعي.
- في حالة ارتفاع نسبة الدهون في الدم، يجب تغيير عادات الأكل، في بعض الأحيان يقوم الطبيب بوصف بعض الأدوية تخفض نسبة الدهون.

لماذا توصف أدوية مضادة لتكدس الصفائح الدموية؟

يجب معرفة أن الجلطة الدموية التي تحدث في السكتة الخثارية تكون ناتجة عن تجمع الصفائح الدموية، لذلك فإن دواء الأسبرين يمنع تكدس الصفائح وبالتالي حدوث الجلطة.

ما هي مدة تناول مضادات تكدس الصفائح؟

بما أن خطر الانتكاسة يكون قائما بعد أول سكتة دماغية، لذا فمن الأفضل تناول هذه الأدوية لمدة غير محددة، إلا إذا تم ظهور أعراض جانبية.

لماذا توصف مضادات التخثر أو مضادات الفيتامين K: AVK:

هدف هذا العلاج هو النقص من تخثر الدم، ليمنع تكون الجلطات في العروق الدموية، وهو يوصف إذا كان هناك خطر تكون الجلطات في القلب (في حالة اضطراب في ضربات القلب مثلا) والتي قد ينتقل نحو الدماغ خطر هذا العلاج هو النزيف في حالة ارتفاع الجرعات، وفي المقابل هناك خطر تكون الجلطات إذا كانت الجرعات غير كافية. لذا يجب مراقبته بإجراء منتظم لتحليل للدم يسمى INR.

ملاحظة : بطاقة المريض الذي يتناول مضادات التخثر متواجدة في مصلحة طب الأعصاب، احصلوا عليها، واحرصوا على حملها معكم أينما كنتم.

ما هي الفحوص البيولوجية اللازمة؟

فحوص الدم تمكن من معرفة نسبة الكريات الحمراء والبيضاء، الكشف عن وجود التهاب قياس نسبة السكر ونسبة الدهون في الدم، وأخيرا الكشف عن وجود خلل في تخثر الدم.

لماذا يجب إجراء تخطيط كهربائي للقلب؟

يجب إجراؤه في كلا النوعين من السكتة الدماغية لأنه يمكن من الكشف عن وجود اضطراب في دقات القلب التي قد تسبب تكون جلطات دموية تنتقل من القلب إلى الدماغ، وكذلك الكشف عن وجود تأثير لارتفاع الضغط الدموي على القلب.

ما هو دور الأشعة المقطعية "السكانير"؟

السكانير عبارة عن فحص غير مؤلم يعطي صورة مفصلة للدماغ، يجب إجراؤه باستعجال لأنه يمكن من معرفة نوع السكتة: خثارية أم نزيفية. كما يجب التذكير أن السكانير قد لا يظهر أي خلل في حالة السكتة العابرة أو حتى في الساعات الأولى من السكتة الخثارية المتشكلة.

ما هي أهمية صناع القلب "الإيكوكرافيا"؟

الإيكوكرافيا تمكن من معرفة وجود جلطات في القلب، أو تشوه قلبي، أو خلل في عمل القلب...

20% إلى 30% من السكتات تكون ناتجة عن انتقال جلطة من القلب نحو الدماغ.

ما هي أهمية "دوبلير" العنق؟

هو اختبار غير مؤلم، ويمكن من دراسة تدفق الدم في شرايين العنق. قد يبين تضيقاً أو انسداداً في إحدى الشرايين، أو وجود

كتل شحمية أو حتى تمزقا على جدارها.

هل تعتبر الإقامة في المستشفى من أجل العلاج ضرورية؟

نعم، وهذا بالنسبة لكلا النوعين من السكتة الدماغية، لأن التلف العصبي الوظيفي يمكن أن يتفاقم في الساعات الأولى، لذلك

يجب إبقاء المريض في المستشفى من أجل العلاج والمراقبة.

عليكم استشارة الطبيب مع أول ظهور للأعراض. لأنه حالياً يوجد علاج شاف للسكتة الخثارية وهو ما يعرف

"بالترومبوليز" ! ولكنه لا يكون فعالاً إلا إذا أخذ في الثلاث ساعات الأولى.

ما هي أهداف الترويض الطبي؟

يجب معرفة أن الدماغ له القدرة على تعويض التلف الملحق به وهذا ما يعرف بـ "ليونة الدماغ" وهكذا فإن الوظائف التالفة

يجب تحفيزها بشكل مهم ودائم عبر ممارسة تمارين ملائمة لكل مريض.

- الهدف الأول: هو استرجاع وظائف المشي، استخدام اليد، القدرة على الكلام، الرؤية.....

- الهدف الثاني: هو تمكين المريض من استخدام ما أمكن من قدراته المتبقية.

- الهدف الثالث: هو تجنب حدوث مضاعفات كتبسيب في المفاصل مثلاً.

لذلك يجب البدء مبكراً بالترويض الطبي وجعله مناسباً لقدرات المريض.

كيف تعيشون حياتكم اليومية؟

كيف تغتسلون؟

إذا أمكنكم القيام بذلك، فلا تضيعوا فرصة تحسين وظائفكم الحركية، ولكن حذار إذا كنتم لم تستردوا قدراتكم بشكل كاف فعليكم طلب المساعدة من أحد الأقارب.

- قوموا بتركيب عارضة بجانب حوض الاستحمام أو المراض أو الدش للاتكاء عليها، و وضع سجادة لاصقة في الحمام وعلى الأرض لمنع الانزلاق.
- إذا كنتم غير قادرين على الوقوف بطريقة ثابتة قوموا باستعمال كرسي من البلاستيك للجلوس عليه أثناء اغتسالكم.
- من الضروري تجفيف الجلد بعد الاستحمام واستخدام كريمات مرطبة، خصوصا في أماكن نتوء العظام، الكتفين، الكوعين، الكعبين، أسفل الظهر.

كيف ترتدون ملابسكم؟

- عند ارتدائكم لملابسكم ابدؤوا بالجهة المصابة وأثناء خلعها ابدؤوا بالجهة السليمة، هذا وأنتم جالسون.
- ارتداء السروال أو الجوارب يكون أسهل عند وضع الساق المريضة فوق الساق السليمة.
- يجب وضع أحذية مريحة ومشدودة للحفاظ على الأرجل في وضعية ثابتة.

كيف تأكلون إذا كنتم تعانون من خلل طفيف في البلع؟

- اجتنبوا المأكولات غير المتجانسة.
- قوموا بأكل قطع صغيرة وبطريقة متأنية.
- قوموا بإضافة بعض المواد لتسميك السوائل كالعصيدة مثلا....
- وضعية الأكل مهمة: التزموا بوضعية الجلوس وتناولوا الأكل من الجهة السليمة، وقوموا بالبلع مع دفع الرأس إلى الأمام.
- المأكولات التي ينصح بها: خضر وفواكه مطحونة، ياغورت، فلان، سميدة، لحم مفروم "كفتة"، سمك.
- المأكولات التي يجب تجنبها: لحم غير مفروم، كعك.

هل يمكن القيادة بعد الإصابة بسكتة دماغية؟

التمكن من قيادة السيارة يعتمد على وجود عواقب ناتجة عن السكتة، فمثلا فقدان الرؤية في أحد المجالات لا يتناسب أبدا مع القيادة.

متى يمكن العودة للعمل بعد الإصابة بسكتة دماغية؟

يمكن ذلك بعد استرجاع القدرة البدنية الكافية والتوازن النفسي، كما يعتمد ذلك أيضا على نوعية العمل.

هل يمكن ممارسة الرياضة؟

إذا استرجع الجسم سلامته فإن أي نشاط رياضي يكون نافعا مع الأخذ بالاعتبار القدرات السابقة. وطبعا يجب تجنب المجهودات الكبيرة والقاسية.

2. Affiche qui contient des généralités sur l'accident vasculaire cérébral et qui peut être affichée dans tous les établissements de soins de santé:

L'accident vasculaire cérébral

Le cerveau privé d'oxygène

L'accident vasculaire cérébral (AVC) correspond à un arrêt brutal de la circulation sanguine au niveau du cerveau. Les accidents vasculaires sont la plupart du temps secondaires. Ils sont dus soit à un caillot situé directement dans l'artère (et c'est le cas trois fois sur quatre), soit à une hémorragie, sorte de rupture de parois des vaisseaux. Leur gravité dépend de la localisation et de l'étendue des lésions cérébrales. Les conséquences sont, en général, immédiates et se traduisent par un déficit neurologique, moteur ou sensitif ou par une perte de mémoire ou de la parole.

RisqueZ-vous l'AVC?

Voici quelques facteurs de risque qui, lorsqu'ils sont combinés, peuvent vous mener vers l'accident vasculaire cérébral si vous n'y prenez pas de garde:

- La surcharge pondérale
- Le tabagisme
- La consommation quotidienne et importante d'alcool
- L'hypertension artérielle
- Le diabète
- Trop de stress
- Une sédentarité excessive

Connaître les signaux d'alerte

Un accident ischémique transitoire (AIT) est un accident cérébral dont les symptômes parfois furtifs passent inaperçus. Pourtant ils représentent de véritables signaux d'alerte puisque près d'un tiers des accidents ischémiques durables sont précédés d'un tel épisode. Les symptômes d'AIT sont brefs et durent par définition moins de 1 heure:

- Paralysie d'un membre ou d'un côté.
- Baisse brutale, unilatérale de la vision ou vision double.
- Trouble de la sensibilité d'un membre ou d'un côté.
- Troubles du langage, difficulté de parler.
- Trouble de l'équilibre.
- Trouble de la compréhension.

En général:

Il existe deux types d'accident vasculaire cérébral (AVC). L'AVC ischémique est la conséquence d'une artère qui se bouche.

L'AVC hémorragique, comme son nom l'indique, est dû à un vaisseau qui saigne.

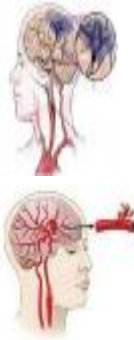
Les causes de l'AVC ischémique sont cardiaques, dans 15 à 20% des cas: L'hypertension artérielle est un phénomène que l'on retrouve chez 71% des patients dont une artère se bouche, et 23% de ces patients ont un diabète. Le tabagisme et la sédentarité sont des facteurs de risque importants.

Pour ce qui concerne l'AVC hémorragique, l'hypertension ou la prise de certains traitements qui fluidifient le sang peuvent être à l'origine des problèmes.

L'alcoolisme est un facteur important, puisque beaucoup de patients dont les vaisseaux saignent sont concernés par ce fléau.

Traitement particulier aux AVC ischémiques: la thrombolyse!!

Le traitement idéal est la thrombolyse qui est une technique qui consiste à injecter un produit pour dissoudre le caillot sanguin qui bouche l'artère cérébrale, mais le bénéfice est là que si elle est appliquée dans les 4,5 premières heures! Alors consultez plus vite pour une meilleure prise en charge.



الجلطة الدماغية

نقص الأكسجين في الدماغ

الجلطة الدماغية هي ناتجة عن توقف مفاجئ للدورة الدموية في الدماغ. وهي غالبا ما تكون ثانوية أي ناتجة عن جلطة في الشريان (في 3/4 من الحالات)، أو عن نزيف جراء تمزق في جدار أحد الأوعية. خطورة الجلطة تتمثل في موقع ومساحة الخلل الدماغية، و عواقبها تكون مباشرة و تتمثل في تلف عصبي، حركي، حسي أو في فقدان الذاكرة أو الكلام.

هل أنتم معرضون للإصابة بالجلطة الدماغية؟

هناك بعض العوامل التي قد تؤدي إلي إصابتكم بالجلطة الدماغية إذا لم تكونوا حذرين:

- الوزن الزائد (البدانة).
- التدخين.
- استهلاك المشروبات الكحولية.
- داء السكري.
- التعب والقلق.
- قلة أو عدم الحركة.

ما هي علامات الخطر؟

الجلطة الدماغية العابرة هي جلطة تكون أعراضها غير ظاهرة، وقد تحدث دون ملاحظة المريض، ولكنها تشكل خطرا كبيرا حيث أن ثلث الجلطات الدائمة أو المتشكلة تكون مسبوقه بالجلطة العابرة:

أعراض الجلطة العابرة تكون سريعة وتدم أقل من ساعة:

- شلل في أحد الأعضاء (يد، رجل) أو في نصف الجسم.
- نقص مفاجئ في الرؤية في إحدى العينين، أو رؤية مزدوجة للأشياء.
- خلل في الحساسية الشعورية في أحد الأعضاء أو في نصف الجسم.
- خلل في الكلام (تلثم).
- خلل في التوازن.
- خلل في الفهم.

عموما:

هناك نوعان من السكتات الدماغية:

- سكتة خثارية ناتجة عن انسداد في أحد الشرايين.
- سكتة نزيفية ناتجة عن نزيف في أحد الشرايين.

تكون السكتة الخثارية ناتجة عن أمراض قلبية في 15 إلى 20% من الحالات.

ارتفاع ضغط الدم هو ظاهرة نجدها عند 71% من المرضى الذين يتعرضون لانسداد في الشريان، في حين أن 23% يعانون من داء السكري.

التدخين وقلة الحركة هما أيضا سببان مهمان.

أما فيما يخص السكتة النزيفية، فغالبا ما يكون ارتفاع ضغط الدم أو بعض الأدوية المسهلة لجريان الدم سببا مباشرا للسكتة.

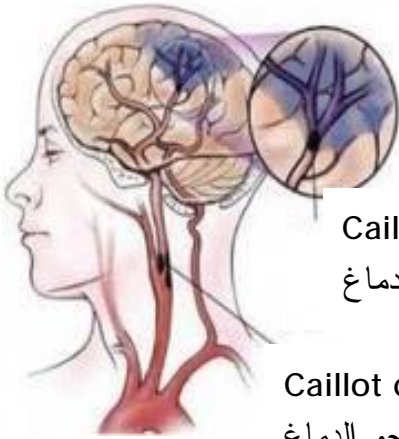
شرب الكحول يعد كذلك سببا مهما في نزيف الشرايين.

وجود علاج خاص للسكتة الخثارية أو ما يسمى بالترومبوليز (تفتيت الجلطة):

الترومبوليز يعد أفضل علاج للسكتة الخثارية، إذ يتمثل في حقن مادة تساهم في تفكك وتحلل الجلطة التي تسد الشريان. لا تظهر فعالية هذا العلاج إلا إذا طُبِق في الأربع ساعات والنصف الأولى من السكتة! لذا اطلبوا المساعدة الطبية عند أول ظهور للأعراض!

3. Fiche qui explique la thrombolyse à la famille, son intérêt et ses risques, en arabe et en français:

LA THROMBOLYSE DANS L'AVC ISCHEMIQUE



Caillot sanguin qui bouche l'artère cérébrale

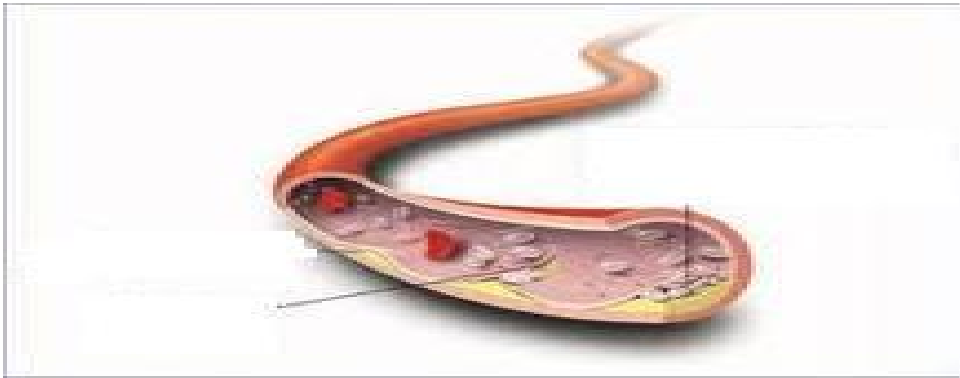
جلطة دموية تسد شريان في الدماغ

Caillot qui migre à travers l'artère carotide

جلطة تنتقل عبر شرايين العنق من القلب نحو الدماغ

LA THROMBOLYSE: LYSE DU CAILLOT SANGUIN

تفتيت الجلطة الدموية:



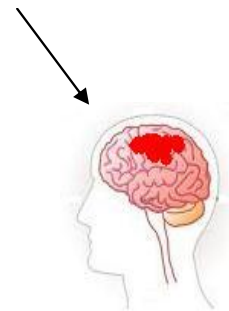
Trois possibilités:



Disparition de l'occlusion: Cerveau sain
اختفاء الانسداد: دماغ سليم



Ischémie cérébrale
موت منطقة في الدماغ



Accident hémorragique: 6%
اختفاء الانسداد وظهور نزيف دموي

4. fiche de positionnement du malade hémiplégique, destinée à l'équipe soignante pendant l'hospitalisation et aux accompagnants à domicile (exemples de déficits gauche et droit en arabe et en français):

Côté sain



Au fauteuil



Tête soutenue
Tronc droit

Avant bras
dans le champ
visuel

Genoux et
chevilles à
90°



Tête à 30°

Epaule écartée
Bras surélevé
Main à plat

Jambe droite
Pieds à 90°

Côté atteint



Sur le côté sain



Tête soutenue

Membre
supérieur
surélevé

Genoux
semi
fléchis

Sur le côté
hémiplégique



Genoux semi
fléchis et
séparés

Membre
supérieur
écarté

Position demi
assise



Tête
soutenue

Membre
supérieur
surélevé

Genoux
fléchis et
soutenus

كيفية تموضع المريض المصاب بشلل نصفي: مثال شلل على مستوى الجانب الأيسر

الجهة السليمة

النوم على الظهر

الجهة المشلولة



الرأس مسنود



الكف بعيدة عن
الصدر
اليدين منبسطة

الرجل مستقيمة
القدمان في 90°



النوم على الجانب السليم

الرأس مسنود



الذراع
مرفوعة

الركبتان نصف
مطوية و مفرقة



النوم على الجانب المريض

Genoux semi
fléchis et
séparés



Membre
supérieur
écarté



أثناء الجلوس على الكرسي

وضعية الجلوس



الرأس مسنود
جذع الجسم مستقيم

الذراع في مجال
الرؤية

الركبتان
والكاحلان
تشكلان 90°

الرأس
مسنود

الذراع
مرفوعة

الركبتان
نصف
مطوية



5. Carte pour les patients sous anticoagulants oraux pour le suivi du traitement et le contrôle de l'INR:

بطاقة المريض الذي يتناول مضادات التخثر

Carte du patient sous AVK

Nom: الاسم العائلي :

Prénom: الاسم الشخصي :

N°: الرقم:

Médecin traitant: الطبيب المعالج :

Diagnostic: التشخيص:

INR cible: INR المرغوب:

Durée prévisible du traitement: مدة العلاج :

Date du début du traitement: تاريخ بداية العلاج :

عند أي تساؤل أو مشكلة صحية اتصلوا بهذا الرقم

**En cas de problèmes ou une question appelez ce n°
INFO NEURO: 0648642726**

Ce que le patient doit savoir lorsqu'il est sous traitement anticoagulant par voie orale AVK:

- Prenez votre traitement chaque jour la même heure, et souvent le soir.
- Il est très dangereux de prendre d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin, il peut arriver des interactions qui augmentent l'activité des anticoagulants et donc le risque d'hémorragie ou alors diminuer l'activité des anticoagulants et exposer au risque de thrombose.
- Ne prenez jamais d'aspirine même en cas de fièvre ou de douleur.
- En cas de consultation médicale, d'hospitalisation, de soins dentaires ou chez votre pharmacien, précisez toujours que vous prenez un anticoagulant ainsi que sa dose.
- L'injection intra musculaire est contre indiquée.
- Il faut surveiller les anticoagulants par une prise de sang régulière (INR).
- La surveillance biologique mensuelle est nécessaire, mais votre médecin peut demander plusieurs dosages de l'INR par mois, surtout au début du traitement ou pour ajuster le taux de l'INR.
- Le taux de l'INR doit se situer entre 2 et 3 sauf dans certains cas comme dans le remplacement valvulaire l'INR doit être plus élevé.
- Faites votre dosage d'INR toujours chez le même laboratoire, récupérez le résultat le même jour et en informez votre médecin, notez le résultat et la date dans cette carte.
- Si le taux d'INR est très élevé (plus de 3) ou en cas de saignement, ne prenez pas le traitement anticoagulant, et appelez votre médecin 0648642726
- Si l'INR est très bas (inférieur à 2), contactez votre médecin, et s'il est injoignable prenez la dose habituelle du traitement et ajoutez un quart de comprimé.
- La contraception est obligatoire pour les femmes sous AVK, consultez votre médecin si vous désirez la grossesse.
- N'arrêtez jamais le traitement sans avis de votre médecin.

ما يجب على المريض فهمه عند أخذه لدواء مضاد لتخثر الدم (عن طريق الفم):

تناول دواءك يوميا في نفس الساعة، وعادة في المساء.

خطيرا جدا على صحتك تناول أدوية غير تلك التي وصفها طبيبك، بما فيها الأدوية التي تباع بشكل حر أو التي تبدو لك غير ضارة حيث أنها قد تتسبب في الرفع من نشاط مصادر التخثر وبالتالي خطر النزيف، أو في المقابل في التقليل من نشاطه متسببة في حوادث التجلط (انسداد العروق). لا تتناول بالمرّة الأسبرين ولو في حالة الألم أو الحمى.

عند زيارة الطبيب أو في حالة الاستشفاء أو علاج الأسنان أو التمريض أو استشارة الصيدلي، احرص على أن تخبرهم بأنك تتناول دواء مضادا لتخثر الدم مسميا إياه وذاكرا مقاديره.

يجب عليك تجنب أخذ حقنة عضلية.

يجب مراقبة الدواء المضاد للتخثر بواسطة عينة دم بشكل منتظم (INR).

أخذ عينة من دمك كل شهر. لكن يستطيع طبيبك أن يقرر أكثر من ذلك، خصوصا في بداية العلاج أو عندما يجب تغييره (وصف أو إيقاف دواء آخر) أو عندما يصعب ضبط دوائك.

تسمح عينة الدم بحساب النسبة العالمية الموحدة INR الذي يجب أن يكون 2.5 (توجد منطقة العلاج ما بين 2 و 3) إلا في حالات خاصة. مثلا إذا تم استبدال إحدى صماماتك القلبية بأخرى اصطناعية آلية. هنا يجب أن يكون INR أكثر ارتفاعا. وفي هذه الحالة يحدد طبيبك INR المرغوب فيه.

قدم عينة الدم دائما عند نفس المختبر قدر الإمكان، لا تنسى استعادة النتيجة في نفس اليوم وإخبار طبيبك بها. اكتب بانتظام النتيجة (مع التاريخ) في هذه البطاقة.

إذا كان الـ INR مرتفعا جدا (غالبا فوق 3) أو في حالة نزيف غير عادي. لا تتناول الدواء المضاد للتخثر. اتصل هاتفيا بطبيبك 0648642726. من الضروري الحصول على رأي الطبيب خلال اليوم نفسه.

وإذا كان الـ INR مرتفعا أكثر (فوق 5) أو في حالة نزيف شديد. لا تتناول الدواء المضاد للتخثر. اتصل بالرقم 0648642726.

إذا كان الـ INR منخفضا جدا (أقل من 2) اتصل بطبيبك من أجل تعديل علاجك. إذا تعذر الاتصال به للتو، خذ المقدار المعتاد من دوائك وأضف ربع حبة الدواء. يتوجب عليك الاتصال بطبيبك في النصف المتبقي من اليوم.

إن استعمال وسائل منع الحمل ضروري للآتي يتناولن مضادات التخثر عن طريق الفم وبالنسبة للآتي يرغبن في التخطيط للإنجاب يجب عليهن إشعار طبيبهن. لا يجب إيقاف الدواء إلا في حالات خاصة.

6. Affiche destinée aux médecins généralistes expliquant la conduite à tenir en cas de suspicion d'accident vasculaire cérébral:

**C HASSAN II
NEUROLOGIE**

**QUE FAIRE EN EXTREME URGENCE
EN CAS DE SUSPICION D'AVC?**

Survenue SOUDAINE :


- Paralysie hémicorporelle
- Engourdissement de l'hémicorps
- Perte de la parole
- Perte de l'équilibre
- Cécité monoculaire

**ESTIMER LE
DE LAI
si \leq 4.5 HEURES**

**Appel équipe
Neurologue de garde
0535613530**

**ADRESSER LE PATIENT
AUX URGENCES CHU
HASSAN II
LE PLUS RAPIDEMENT
POSSIBLE**

7. Affiche destinée aux médecins internes expliquant la conduite à tenir en cas d'accident vasculaire cérébral:


QUE FAIRE EN EXTREME URGENCE EN CAS DE SUSPICION D'AVC

**ESTIMER LE DELAI
si ≤ 3 HEURES**


Survenue SOUDAINE:


- Paralysie hémicorporelle
- Engourdissement de l'hémicorps
- Perte de la parole
- perte de l'équilibre
- cécité monoculaire

**IP patient famille
(inscription)**

**Appel équipe NV
6501**

**DEMANDE DE
SCANNER**





8. Page web sous le nom de "avc.chu.fes", créé dans un compte Facebook intitulé "maladie neurologique". Le compte a un accès public, et il contient des informations sous forme de textes, images, vidéos... Ce compte est considéré comme un moyen de communication entre professionnel de santé, patients, accompagnants...

II. EPILEPSIE

1. brochure sous forme de questions et réponses en arabe et en français avec des illustrations, destinée au patient épileptique enfant ou adulte, et à leur famille (19):

Qu'est ce qu'un cerveau?

Tous nos gestes sont contrôlés par notre cerveau: donner des coups pieds, cligner des paupières et aussi parler. Car notre cerveau n'est pas isolé dans notre crâne, toutes les parties de notre corps lui sont reliées par la moelle épinière et les nerfs.



A l'intérieur du cerveau

Qu'est ce qu'on a dans la tête?

Dans le cerveau, il n'y a ni muscle, ni os, ni "trou". C'est un enchevêtrement de cellules nerveuses et de vaisseaux sanguins. Les cellules nerveuses sont de deux sortes: les neurones responsables de l'activité du cerveau et les cellules gliales qui permettent aux neurones de bien fonctionner.

Les neurones en réseau:

Il y a 100 milliards de neurones dans le cerveau. Aucun ne fonctionne seul. Chaque neurone est connecté à des milliers d'autres. Ils forment ainsi des réseaux de neurones parfois illimités et très complexes, capables de transmettre des informations à toute vitesse entre eux et dans tout le corps.

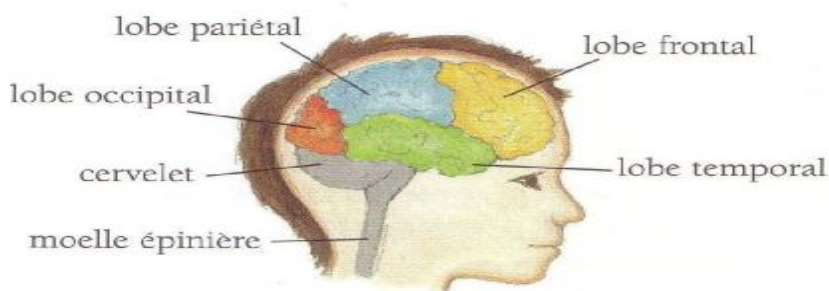


Le langage des neurones:

Les neurones d'un réseau se "parlent", quand l'un d'eux captent une information, elle circule sous la forme d'un signal électrique. Pour passer d'un neurone à un autre, ce signal électrique lâche un messenger chimique. Cette substance libérée provoque sur le neurone voisin un signal électrique. Ainsi les neurones parlent-ils deux langues: l'un e électrique et l'autre chimique.

A quoi ça sert?

Notre cerveau reçoit à chaque instant des milliers d'informations fournies par nos yeux, nos oreilles, notre nez, notre langue et notre peau. Les neurones réagissent et règlent nos mouvements, nos pensées, nos émotions, nos rêves, nos souvenirs, nos goûts. Parmi la multitude de réseaux de neurones, certains fonctionnent automatiquement comme ceux qui servent à respirer ou avaler la salive. D'autres sont plus complexes, ils permettent par exemple de parler ou de résoudre des problèmes.



Qu'est ce qui se passe lors d'une crise d'épilepsie?

Dans le cerveau, chaque neurone reçoit à chaque instant des milliers de messagers chimiques. Certains l'excitent en lui disant "allez, il faut se réveiller!". D'autres l'inhibent en lui disant "allez, il faut dormir!". A son tour, le neurone alerte ses compagnons de réseau.

La crise naît dans le cerveau:

Au départ d'une crise d'épilepsie, certains neurones ne contrôlent plus les signaux électriques qui les parcourent. Le camp des excités et celui des modérés prennent le pouvoir à tour de rôle, comme si le conducteur d'une voiture appuyait alternativement sur la pédale de frein et sur celle de l'accélérateur. Les neurones provoquent des réactions dans la partie du corps à laquelle ils sont reliés: les yeux se mettent à tourner, les muscles d'un bras se contractent brusquement...selon la zone du cerveau où se trouvent ces neurones, la réaction du corps est plus ou moins spectaculaire.

Les neurones s'excitent:

Parfois, les neurones communiquent leur activité incontrôlée à d'autres zones du cerveau, comme un incendie qui démarre dans un coin de la forêt et se propage ailleurs. Tout le corps est alors secoué par des mouvements désordonnés. On dit que la crise est généralisée.

D'où ça vient?

La plupart des épilepsies apparaissent chez les enfants et disparaissent avant l'âge adulte, car pendant l'enfance, le cerveau ne cesse de se développer et d'organiser ses réseaux. Le cerveau d'un enfant est en construction permanente, comme sur le chantier d'un bâtiment où le risque d'accidents est important, les erreurs ou les courts-circuits électriques sont plus fréquents dans le cerveau d'un enfant, car les réseaux de neurones sont encore instables.



L'épilepsie c'est la répétition des crises

Chacun, enfant ou adulte, peut un jour faire une crise d'épilepsie, sans pour autant avoir une épilepsie, car on ne parle d'épilepsie que si les crises se répètent.

Pourquoi les épilepsies et non pas l'épilepsie?

Quand on en parle, pour aller plus vite, on dit l'épilepsie, mais ce mot au singulier désigne une maladie aux causes et aux formes différentes.

Le médecin neurologue fait alors une enquête pour comprendre la maladie:

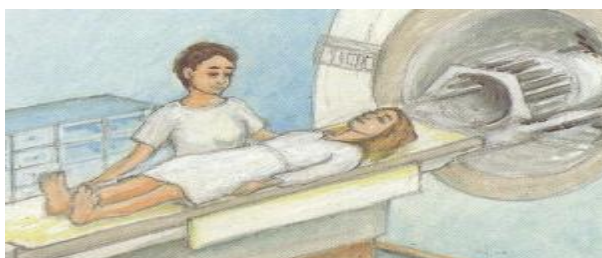
A la première consultation le médecin, vous pose plein de questions sur votre naissance, sur les maladies et les accidents que vous avez contractés, sur la date des premières crises, sur le temps de déroulement des crises...

Puis le médecin vous examine, et il vous demande des examens du cerveau:

Un électroencéphalogramme ou EEG qui est constitués de capteurs reliés par des fils à un ordinateur et qui sont déposés sur la tête, ils écoutent les messages électriques du cerveau et les enregistrent sur l'ordinateur.



Un scanner: c'est une table qui glisse dans une sorte de tunnel et qui prend des photos détaillées du cerveau.



Quel type d'épilepsie?

Grâce à la consultation et des examens médicaux, le médecin comprend quelle forme d'épilepsie:

Une absence: c'est une forme de crise en général courte, l'enfant ne tombe pas, il arrête son activité et ne répond pas quand on lui parle, c'est comme s'il n'était pas là.

Des crises partielles: des mouvements bizarres et involontaires d'un bras par exemple, des mouvements drôles de la bouche et des yeux...

Crises généralisées: des secousses de tout le corps dues à des décharges électriques dans tout le cerveau.

Une épilepsie, ça se soigne!

Les médicaments antiépileptiques empêchent la survenue des crises, ils contrôlent l'activité électrique des neurones, le médecin prescrit un traitement à petites doses au début, pour que le corps s'habitue, il faut alors parfois plusieurs semaines avant que les crises ne disparaissent.



Certaines épilepsies résistent au traitement!

Parfois les crises continuent à se déclencher, malgré plusieurs antiépileptiques ou des changements de traitement, mais ils peuvent parfois être soignés par d'autres traitements et par une bonne observance.

Les effets secondaires du traitement:

Les médicaments se prennent pour soigner la maladie, mais il arrive que le corps réagisse de façon gênante, le plus souvent ils sont moins embêtants que la maladie sans traitement: certains peuvent maigrir, d'autres se mettent à grossir...

L'évolution du traitement:

Lorsque vous suivez bien le traitement contre l'épilepsie vous ne faites plus de crises, et quand le médecin prévoit l'arrêt du traitement antiépileptique, il prend des précautions, car les crises peuvent revenir si on arrête le traitement brutalement, il faut alors reprendre le traitement pour au moins deux ans!

Quelques questions sur l'épilepsie:

Peut-on être handicapé par une épilepsie?

Certaines épilepsies sont considérées comme un handicap, et la répétition des crises généralisées sans interruption sur une longue durée peut laisser de lourdes séquelles, grâce aux traitements cela n'arrive qu'exceptionnellement.

Peut-on mourir d'une crise d'épilepsie?

Il est très rare de mourir d'une crise, cela arrive quand la crise provoque un accident, le plus grand danger étant de faire une crise dans l'eau avec le risque de se noyer.

L'épilepsie est-elle contagieuse?

Non, l'épilepsie ne s'attrape pas aux contacts des autres, on peut naître avec une épilepsie, comme elle peut se révéler plus tard.

Peut-on avoir des enfants lorsqu'on a une épilepsie?

Oui, l'épilepsie n'empêche pas d'avoir des enfants, mais une femme qui a une épilepsie doit faire surveiller sa grossesse pour avoir un bébé sain.

L'épilepsie a mauvaise réputation

L'épilepsie est une maladie qui a toujours existé, longtemps elle a été considérée et soignée comme maladie mentale, ce qu'elle n'est pas. Aujourd'hui cette maladie fait encore peur car les crises surprennent. Certaines effraient, car on croit que la personne est en train de mourir, d'autres inquiètent, car la personne devient bizarre. Bannissons ces idées pour une meilleure vie des patients épileptiques.

ما هو الدماغ؟

جميع حركات الجسم يتحكم فيها الدماغ:
كمثلاً القيام بالركل، الرمش بالعين أو حتى الكلام، لأن دماغنا ليس معزولاً في الجمجمة ولكنه مرتبط بجميع أنحاء الجسم عن طريق النخاع الشوكي والأعصاب.

داخل الدماغ

ماذا يوجد في رؤوسنا؟

في الدماغ، لا توجد عضلة أو عظم أو "حفرة" بل هناك تشابك من الخلايا العصبية والعروق الدموية. والخلايا العصبية مسؤولة عن نشاط الدماغ وخلايا أخرى تساعد الخلايا العصبية على العمل بشكل جيد.

شبكة من الخلايا العصبية:

هناك حوالي 100 مليار خلية عصبية في الدماغ، وكلها تعمل بشكل مرتبط بينها، لذا فهي تشكل شبكات غير متناهية وجد معقدة من الخلايا قادرة على نقل المعلومات بسرعة كبيرة فيما بينها وفي باقي أنحاء الجسم.

لغة الخلايا العصبية:

الخلايا العصبية "تتحدث" فيما بينها، فعندما تلتقط إحدى الخلايا معلومة ما، فهي تقوم بنقلها على شكل إشارة كهربائية، ولكي تنتقل هذه المعلومة من خلية عصبية إلى أخرى فإن هذه الإشارة الكهربائية ترسل مادة كيميائية هي بدورها تنتج إشارة كهربائية أخرى على مستوى الخلية المجاورة.

إذن فالخلايا العصبية تتواصل بلغتين: كهربائية وكيميائية.

ما هو دور الخلايا العصبية؟

في كل لحظة، يستقبل دماغنا ملايين المعلومات التي تقدمها له: العينان، الأذنان، الأنف، اللسان والجلد. فتتجاوب الخلايا العصبية لتنظم حركاتنا، أفكارنا، مشاعرنا، أحلامنا، ذكرياتنا وأذواقنا. تتنوع شبكات الخلايا العصبية، فهناك خلايا تعمل بشكل أوتوماتيكي كالخلايا المسؤولة عن التنفس أو عن بلع اللعاب وأخرى أكثر تعقيداً كالخلايا المسؤولة عن الكلام أو عن حل المشاكل.

ماذا يحدث خلال نوبة الصرع؟

كل خلية عصبية في الدماغ تستقبل في كل لحظة ملايين الإشارات الكيميائية، بعضها تقوم بتهييجها لكي تعمل وأخرى تكبحها لكي تنام، كما تقوم كل خلية بدورها بتنبيه صديقاتها المجاورة.

تبدأ النوبة في الدماغ؟

في بداية النوبة، بعض الخلايا العصبية لا تستطيع التحكم بالإشارات الكهربائية، فبعضها تنهيج وبعضها تكبح، كمثل سائق سيارة يقوم بالضغط بطريقة متناوبة تارة على الفرامل وتارة على المسرع. فيظهر رد الفعل في الجسم حسب نوع الخلايا العصبية المسؤولة عن هذه المنطقة في الجسم:

تتحرك العينان في اتجاهات مختلفة، أو تتقلص عضلات الذراع فجأة.....

الخلايا العصبية قابلة للتهيج:

في بعض الأحيان، لا تستطيع الخلايا التحكم في خلايا الدماغ، كمثل حريق شب في منطقة معينة وانتشر في باقي الغابة. فيظهر ذلك على جميع الجسم الذي يهتز كله بحركات غير منتظمة: فنقول هذه نوبة صرع معممة.

معظم أنواع الصرع تظهر لدى الأطفال وتختفي في الكبر، ففي مرحلة الطفولة يكون الدماغ في حالة نمو، ويقوم بتطوير وتنظيم شبكات الخلايا العصبية، وكمثل ورشة بناء فخطر وقوع الحوادث يكون موجودا، لذا فخطر وقوع أخطاء وحوادث كهربائية في دماغ الطفل يكون كذلك قائما.

الصرع هو تكرار حدوث النوبات:

أي شخص سواء كان طفلا أو شخصا بالغا قد يتعرض لنوبة صرع في أحد الأيام، ولكن لا نستطيع القول أنه مصاب بمرض الصرع إلا إذا تكررت النوبات.

لماذا نتحدث عن أنواع مختلفة من الصرع وليس عن مرض صرع واحد؟

في الحقيقة هناك أنواع مختلفة من الصرع وكذا أسباب مختلفة للصرع.

لذا فالطبيب المختص في الجهاز العصبي والدماغ يقوم ببحث متعمق لفهم المرض:

في أول زيارة طبية، يقوم الطبيب بطرح مجموعة من الأسئلة حول ظروف ولادتك، حول الأمراض والحوادث التي تعرضت لها، حول تاريخ وقوع أول النوبات ومدة حدوثها.....

بعد ذلك يقوم الطبيب بفحصك وطلب بعض الفحوص الطبية:

+ التخطيط الكهربائي للدماغ، وهو جهاز مكون من مستقبيلات مرتبطة بأسلاك متصلة بحاسوب وتوضع على الرأس، تقوم بقراءة الإشارات الكهربائية للدماغ وتسجيلها على الحاسوب.

+ السكاير عبارة عن طاولة تستلقي عليها، ثم تنزل في آلة تسبه النفق، ثم تقوم بأخذ صور دقيقة للدماغ.

ما هي أنواع الصرع؟

بفضل هذه الفحوص يستطيع الطبيب معرفة نوع الصرع.

+ الشرود: نوع من الصرع تكون مدته وجيزة، حيث لا يسقط الطفل، ولكن يقوم بالتوقف فجأة عن جميع نشاطاته، ولا يجب إذا تحدثنا إليه كأنه غير موجود معنا.

+ النوبات الجزئية: حركات غريبة ولا إرادية على مستوى الذراع مثلا، حركات غريبة ومضحكة بالفم والعينين...

+ النوبات المعممة: اهتزازات في جميع الجسم ناتجة عن تفرغات كهربائية في جميع الدماغ.

الصرع مرض قابل للعلاج:

الأدوية المضادة للصرع تمنع حدوث النوبات، فهي تتحكم في النشاط الكهربائي للخلايا العصبية. يقوم الطبيب جرعات صغيرة في أول للعلاج لكي يتعود الجسم عليه، لذا قبل أن تختفي النوبات.

هناك بعض أنواع الصرع التي لا تستجيب للدواء أحيانا، تستمر النوبات في الظهور حتى مع تناول مجموعة من مضادات الصرع أو مع تغيير العلاج، ولكن مع ذلك يمكن معالجتها بأدوية أخرى وبالمراقبة الدقيقة للعلاج والتقيد به.

الآثار الجانبية للعلاج:

تؤخذ الأدوية لمعالجة المرض، ولكن في بعض الأحيان يقوم الجسم برد فعل تجاه الأدوية غالبا ما يكون أقل إزعاجا من المرض بدون علاج، كمثلا: بعض الأشخاص ينقص وزنهم، آخرون يسمنون.....

مراحل العلاج:

عندما تلتزمون بعلاجكم بشكل صحيح فإنكم لا تتعرضون للنوبات، حينها قد يقرر الطبيب وقف مضادات الصرع ولكنه يقوم بأخذ مجموعة من الاحتياطات، لأن النوبات قد تظهر من جديد إذا أوقفتم الدواء فجأة وتصبحون مضطربين لبدء العلاج من جديد ولمدة سنتين.

بعض الأسئلة حول مرض الصرع:

هل يشكل الصرع إعاقة؟

بعض أنواع الصرع قد تشكل إعاقة، فتكرار حدوث النوبات المعممة بدون توقف ولمدة طويلة قد يترك اضطرابات وخلا في الدماغ ولكن بفضل العلاج هذا لا يحدث إلا نادرا.

هل يمكن أن تؤدي نوبة صرع إلى الموت؟

الموت جراء نوبة جد نادر، هذا قد يحدث عندما تتسبب النوبة بحادث، كمثلا عندما تحدث أثناء السباحة فهناك خطر الغرق.

هل الصرع مرض معدي؟

لا، لا يمكن الإصابة بالصرع عن طريق اللمس مثلا، يمكن أن نكون مصابين بالصرع منذ الولادة، كما يمكن أن تظهر في سن أكبر.

هل يمكن لمرضى الصرع إنجاب الأطفال؟

نعم، الصرع لا يمنع من الإنجاب، ولكن على المرأة المصابة بالصرع بمراقبة حملها جيدا ليكون طفلها سليما.

للصرع سمعة سيئة.

الصرع مرض تواجد منذ الأزل، وكان يعتبر ويعالج كمرض عقلي أو ذهني مع أنه ليس كذلك. ولحد الآن هذا المرض لا وال يخيف الناس، لأن النوبات تفاجئهم، وتجعل الشخص يبدو غريب الأطوار أو حتى قد يظهر وكأنه يموت. لذا لنحارب هذه الأفكار من أجل حياة أفضل لمرضى الصرع.

2. Dépliant de sensibilisation en classe en arabe et en français, pour les enseignants, le personnel de l'école, les élèves ou les amis d'un enfant épileptique (20):

L'épilepsie en classe

L'épilepsie est un trouble neuro-générateur. Il ne s'agit ni d'une maladie ni d'un trouble mental. Elle est caractérisée par des crises périodiques dont la gravité varie. Ces crises sont provoquées par des décharges électriques incontrôlables dans les neurones du cerveau.

Dans le cerveau, les neurones travaillent ensemble grâce à des signaux électriques. Quand un groupe particulier de neurones envoie à différentes parties du cerveau des décharges anormales d'énergie électrique, une crise se produit.

C'est le cerveau qui contrôle les actes moteurs, la pensée, les sensations et les émotions. Il régle également les fonctions involontaires du cœur, des poumons, de l'intestin et de la vessie.

La fréquence des crises d'épilepsie varie beaucoup d'une personne à l'autre. Il est possible de réduire le nombre de crises ou de les éliminer entièrement grâce à des médicaments. Durant la période de croissance de l'élève, il peut être difficile de trouver la dose exacte du médicament et cela peut prendre du temps à l'élève à s'y adapter.

Les crises d'épilepsie se divisent en deux grandes catégories : les crises généralisées et les crises partielles.

Lorsque la crise touche tout le cerveau, il s'agit d'une crise généralisée. Par contre, si les décharges électriques excessives ne touchent qu'une partie du cerveau, il s'agit d'une crise partielle.

Reconnaître les crises généralisées

Il y a deux types de crises généralisées :

- * Une crise convulsive dure de deux à cinq minutes. Les symptômes comprennent :
 - le raidissement des muscles et des coups saccadés;
 - une certaine difficulté à respirer,
 - l'apparition de salive autour de la bouche.
- * Les crises non convulsives durent de cinq à quinze secondes. Les symptômes comprennent :
 - de brèves pertes de connaissance;
 - le regard fixe ou est dans la lune;
 - de petits mouvements musculaires faciaux;
 - un mouvement irrégulier des yeux;
 - une certaine confusion.

Que faire en cas de crise généralisée

- Rester avec l'élève.
- Demander à quelqu'un d'avertir la direction.
- Avertir les parents si la crise dure plus de cinq minutes, appeler une ambulance.
- Tourner l'élève de côté pour que sa salive s'écoule de sa bouche.
- Desserrer ses vêtements.
- Placer une couverture, un manteau ou un coussin sous sa tête pour atténuer l'impact.
- Couvrir l'élève avec une couverture.
- Enlever les objets durs, pointus ou chauds qui sont près de l'élève.
- Parler calmement et gentiment à l'élève.
- Laisser aller la crise normalement.
- Après la crise, laisser l'élève se reposer ou dormir.

A ne pas faire

- Mettre quelque chose dans la bouche de l'élève!
- Donner à boire à l'élève.
- Retenir l'élève.
- Permettre à l'élève d'aller seul à la maison.

Reconnaître les crises partielles

L'élève ne perd pas connaissance complètement durant une crise partielle. Les symptômes comprennent :

- des actes involontaires;
- un étirement des vêtements et léchements de lèvres;
- une errance sans but;
- une certaine confusion.

Vous n'avez pas besoin d'administrer les premiers soins à l'élève durant une crise partielle. Une crise partielle peut dégénérer en crise généralisée.

La gestion de la classe

- Au début de l'année, organiser une rencontre avec les parents et l'élève pour déterminer les besoins particuliers de l'élève et prévoir les mesures à prendre en cas de crise d'épilepsie. Informer tout le personnel concerné de l'école de la situation de l'élève.
- Respecter les connaissances de l'élève au sujet de l'épilepsie. Certains élèves sont capables de reconnaître le début d'une crise.
- Expliquer aux élèves ce qu'est l'épilepsie et ce qui peut se passer en cas de crise.
- Désigner un élève pour aider l'élève épileptique à se réajuster à la classe. Après un moment de repos, la plupart des élèves peuvent se remettre au travail.
- Habituellement, les élèves épileptiques sont capables de participer à toutes les activités scolaires. Le médecin peut cependant limiter la participation à certaines activités physiques.
- L'élève épileptique peut avoir manqué certains apprentissages dans la classe; il pourra alors avoir besoin d'une aide supplémentaire et de soutien.
- Observer et prendre note de tous changements de comportement: et de la fréquence des crises et avertir les parents.

الصرع في الوسط المدرسي



تكون النوبة معممة إذا انتشر التفريغ الكهربائي في جميع خلايا الدماغ، أما إذا اقتصر على جزء من الخلايا فيسبب حينها نوبة جزئية.

ما هي النوبات المعممة؟

هناك نوعان من النوبات المعممة:

النوبة التشنجية تدم من دقيقتين إلى خمس دقائق، وتتمثل الأعراض في:

- تشنج عضلي و حركات متتالية.
- صعوبة في التنفس.
- ظهور الغياب حول الفم.
- النوبة غير التشنجية تستمر من خمس إلى خمس عشرة ثانية، وأعراضها كالتالي:
- فقدان وجيز للوعي.
- تحديق أو سهو.
- تحريك لعضلات الوجه.
- ارتباك أو تشوش.

ما يجب فعله في حالة نوبة معممة:

- البقاء مع الطفل/ التلميذ.
- إخبار إدارة المدرسة.
- إخبار الوالدين، وإذا استمرت النوبة أكثر من خمس دقائق، طلب سيارة الإسعاف.
- جعل الطفل مستلقيا على جانبه ليسهل التلاعب خارجه.
- تخفيف الملابس فكها إذا كانت ضيقة.
- وضع غطاء، أو معطف أو أي قطعة قماش تحت رأس الطفل لتفادي الارتطام بالأرض.
- تعطيته الطفل.
- إزالة الأشياء الصلبة أو الحادة أو الساخنة إذا كانت موجودة قرب الطفل.
- التكم بهدوء مع الطفل.
- انتظار اختفاء النوبة تلقائيا .
- بعد النوبة، ترك الطفل يرتاح أو ينام.

ما يجب اجتنابه:

- وضع أي شيء، في فم الطفل.
- إعطاء الطفل شيئا ليشربه.
- كبح حركة الطفل.
- السماح للطفل بالعودة وحده للمنزل.

ما هي النوبات الجزئية؟

خلال هذا النوع من النوبات، فإن الطفل لا يفقد وعيه كليا، وتظهر أعراض كالتالي:

- حركات لا إرادية.
- شد الملابس، مصم الشفاه.
- تيهان دون إرباك الوجه.
- ارتباك أو تشوش.

ليس عليكم فعل أي شيء، خلال هذه النوبات ولكن يجب معرفة أنها قد تتحول إلى نوبة معممة.

كيف يتم تمييز القسم؟

- في بداية السنة، تنظيم لقاء مع والدي الطفل/ التلميذ، لتحديد احتياجات الطفل الخاصة ومعرفة التدابير اللازمة في حالة وقوع نوبة الصرع.
- إخبار المسؤولين بالمدرسة بحالة الطفل.
- الأخذ بعين الاعتبار معرفة الطفل لمرضه، فهناك بعض الأطفال القادرين على الإحساس ببداية حصول النوبة.
- الشرح لبقية التلاميذ نوعية المرض وأعراضه، وكيفية التعامل مع التلميذ المصاب من أجل دعمه.
- تكليف أحد التلاميذ بمساعدة التلميذ المصاب وإعانتة على التكيف مع الوضع الطبيعي في القسم.
- عادة، الأطفال المصابون بالصرع هم قادرين على المشاركة في جميع الأنشطة المدرسية، ولكن بعض الأنشطة الرياضية قد تكون ممنوعة.
- قد يتعثر الطفل المصاب بالصرع في تعلماته، لذلك فهو يحتاج إلى مساعدة ودعم إضافيين.
- يجب مراقبة الطفل والانتباه إلى أي تغيير في سلوكه أو في زيادة عدد النوبات وإخبار الوالدين بذلك.

الصرع هو خلل يصيب خلايا الدماغ وليس مرضا أو خللا ذهنيا.

يتميز بحوث نوبات دورية تختلف شدة خطورتها، وتكون ناتجة عن تفريغ كهربائي لا يمكن السيطرة عليه في خلايا الدماغ.

تعمل الخلايا العصبية فيما بينها بفضل إشارات كهربائية، أما نوبة الصرع فتحدث عندما تقوم مجموعة من الخلايا العصبية بإرسال تفريغ كهربائي غير عادي ليأتي خلايا الدماغ.

الدماغ يتحكم في الحركة، الفكر، الشعور والعاطفة، كما يتحكم في الوظائف اللاإرادية للقلب، الرئتين، الأمعاء والمثانة.

تكرر حدوث النوبات يختلف من شخص لآخر، ويمكن التقليل أو الحد كليا من النوبات بفضل الأدوية. أثناء فترة نمو الطفل، من الصعب إيجاد الجرعة الفعالة من الدواء لذا فإن هذا يستلزم وقتا كافيا للتكيف مع الوضع. نوبات الصرع تنقسم إلى نوعين: نوبات معممة ونوبات جزئية.

3. Dépliant sous forme de questions et réponses: vrai ou faux, en arabe et en français peut être utilisé en salle d'attente ou en consultation:



الصرع: صحيح أم خطأ.



مرض الصرع يمكن أن يصيب أي شخص:

صحيح: الصرع قد ينتج عن أي مرض أو خلل في الدماغ (تشوه خلقي، التهاب في الدماغ، إصابة في الرأس، ورم في الدماغ، نقص في الأكسجين أثناء الولادة....) ولكن ليس جميع هؤلاء المرضى قد يصابون بالصرع. هناك حالات عديدة من الصرع غير معروفة الأسباب. كما يجدر الذكر أن هذا المرض قد يظهر في أي عمر.

العوامل النفسية قد تسهل ظهور التوبات:

صحيح: العوامل النفسية، الانفعال، الضغط النفسي، هي عوامل محفزة لظهور التوبات ولكنها ليست سببا فيها.

التواجد المتكرر والطويل أمام شاشة مضيئة متوعد :

خطأ: خطر حدوث التوبات جراء التعرض لمبهجات ضوئية بخص عددًا قليلا من الأشخاص الذين لديهم حساسية تجاه الإضاءة.

يمكن توقع التوبات وتقاومها:

خطأ: في غالب الحالات، فإن التوبات تحدث فجأة بشكل غير متوقع، بالنسبة لـ 70% من المرضى فإن العلاج المناسب يمكن من السيطرة أو الحد كليا من التوبات. المراقبة الدقيقة للعلاج ونمط العيش الصحيح (اجتناب نقص النوم، الفلق، المشروبات الكحولية...) تساهم في فعالية العلاج.

الصرع مرض مد:

خطأ: بل هو ناتج عن خلل مؤقت في الدماغ، يؤدي إلى توبات تصدر عن تفريغ كهربائي شديد على مستوى الخلايا العصبية.

الصرع مرض ذهني:

خطأ: بل هو مرض عصبي، ولكن أثناء تعرض المريض لتوبة قد تصدر عنه اضطرابات في السلوك أو حركات تلقائية قد تؤدي إلى الفهم الخاطئ للمرض والاعتقاد أنه مرض ذهني.

الصرع مرض مزمن:

صحيح وخطأ: بعض أنواع مرض الصرع التي تظهر في الطفولة تنفسي تلقائيا، وبعضها قد تعالج بالجراحة، ولكن هذه الحالات تبقى نادرة.

يجب محاولة التحكم في شخص مصاب بتوبة صرع:

خطأ: يجب وضع المريض في وضعية استلقاء على الجانب الأيسر من جسمه، حماية رأسه من الاصطدام (وضع وسادة مثلا)، وخصوصا لا يجب محاولة كبح حركاته أو وضع شيء في فمه.

يمكن لمرضى الصرع عيش حياة عادية:

صحيح: ولكن ذلك بالالتزام بالقواعد الصحية (المذكورة سابقا) وبالمراقبة الدقيقة للعلاج.

يمكن لمرضى الصرع القيادة:

صحيح وخطأ: مرض الصرع لا يعني عدم التمكن من القيادة ولكن هناك شروط تمكن من القيادة يحددها طبيب الأعصاب المعالج.

يمكن للمرأة المصابة بالصرع إنجاب الأطفال:

صحيح وفي غالب الحالات فإن مرض الصرع وعلاجه لا يمنعان من الزواج أو الإنجاب. ولكن مراقبة طبية خاصة تكون ضرورية قبل وأثناء الحمل.

السفر وممارسة الرياضة لا يوصى بهما:

خطأ: فقط يجب اتخاذ بعض إجراءات الحذر: رأي الطبيب المعالج، وجود شخص يكون على علم بالاضطرابات، مراقبة عوامل الخطر.

الصرع مرض مد:

خطأ: بل هو ناتج عن خلل مؤقت في الدماغ، يؤدي إلى توبات تصدر عن تفريغ كهربائي شديد على مستوى الخلايا العصبية.

الصرع مرض ذهني:

خطأ: بل هو مرض عصبي، ولكن أثناء تعرض المريض لتوبة قد تصدر عنه اضطرابات في السلوك أو حركات تلقائية قد تؤدي إلى الفهم الخاطئ للمرض والاعتقاد أنه مرض ذهني.

الصرع مرض مزمن:

صحيح وخطأ: بعض أنواع مرض الصرع التي تظهر في الطفولة تنفسي تلقائيا، وبعضها قد تعالج بالجراحة، ولكن هذه الحالات تبقى نادرة.

L'épilepsie: Vrai / Faux

L'épilepsie est une maladie **con-**
tagieuse.

FAUX : elle relève d'un dysfonctionnement temporaire intermittent du cerveau. Les crises sont le résultat de décharges électriques excessives dans un groupe de cellules cérébrales (neurones).

L'épilepsie est une maladie mentale.

FAUX : c'est une maladie neurologique. Mais au cours d'une crise, ou à son décours immédiat, un patient peut présenter des troubles du comportement ou des automatismes gestuels qui peuvent fausser le jugement et faire croire à une maladie mentale.

C'est une maladie à vie.

VRAI/FAUX : certaines épilepsies de l'enfance guérissent spontanément. D'autres formes d'épilepsie peuvent être opérées et donc définitivement guéries. Mais elles représentent encore peu de cas.

Cette maladie peut toucher n'importe lequel d'entre nous.

VRAI : une épilepsie peut être provoquée par n'importe quelle maladie du cerveau ou une lésion cérébrale (malformation congénitale, encéphalite, traumatisme crânien, tumeur, séquelles d'une souffrance à la naissance...) mais tous les patients atteints de la même maladie du cerveau ne développeront pas pour autant une épilepsie. Il y a encore beaucoup de cas pour lesquels la cause n'est

Les facteurs psychologiques sont susceptibles de faciliter l'apparition de crises.

VRAI : les facteurs psychologiques, les émotions, le stress sont des facteurs déclenchant de crises mais ils ne peuvent pas en être la cause.

La présence répétée ou prolongée devant un écran est contre-indiquée

FAUX : le risque de déclenchement de crises par des stimulations lumineuses ne concerne qu'un petit nombre de personnes dites photosensibles.

On peut prévenir les crises.

FAUX : dans la très grande majorité des cas, les crises surviennent de façon imprévisible. Pour 70% des malades, un traitement approprié contrôle ou supprime les malaises épileptiques. La stricte observance du traitement et une bonne hygiène de vie (éviter le manque de sommeil, le stress, l'alcool...) contribuent à l'efficacité du traitement.

On doit tenter de maîtriser une personne atteinte de malaise épileptique.

FAUX : il faut allonger la personne et dès que possible la mettre sur le côté en position latérale de sécurité, protéger sa tête contre d'éventuelles blessures et, surtout, ne pas tenter de bloquer ses mouvements ou de mettre un objet dans sa bouche.

Avec une épilepsie on peut mener une vie normale.

VRAI : sous réserve du respect des quelques règles simples mentionnées ci-dessus et d'une stricte observance du traitement.

Avec une épilepsie, on peut conduire.

VRAI/FAUX : avoir une épilepsie ne signifie pas toujours interdiction du permis de conduire. Des dispositions légales précisent les conditions d'obtention du permis dans lesquelles est indispensable l'avis du neurologue.

Avec une épilepsie, une femme peut avoir des enfants.

VRAI : dans la majorité des cas, l'épilepsie et son traitement n'empêchent ni la vie de couple, ni le mariage, ni la maternité. Une surveillance particulière sera nécessaire avant et pendant la grossesse.

Avec une épilepsie, on peut exercer tous les emplois.

FAUX : le choix de l'activité professionnelle tiendra compte des facteurs de risques ; cependant la très grande majorité des personnes souffrant d'épilepsie peuvent mener une vie professionnelle normale.

Les voyages et le sport sont déconseillés.

FAUX : Sous réserve de quelques règles de prudence c'est possible :

- avis médical
- présence d'un proche ou d'une personne avertie des troubles
- évaluation des risques.

4. fiche expliquant la crise d'absence chez l'enfant en arabe et en français, destinée à la famille et aux enseignants:



L'enseignant est en train d'expliquer le cours...



Il adresse la parole à une élève...



L'élève paraît dans un autre monde et ne répond pas aux questions de l'enseignant



L'élève reprend le contact après quelques secondes: elle faisait une crise d'épilepsie appelée "absence"

L'ABSENCE:

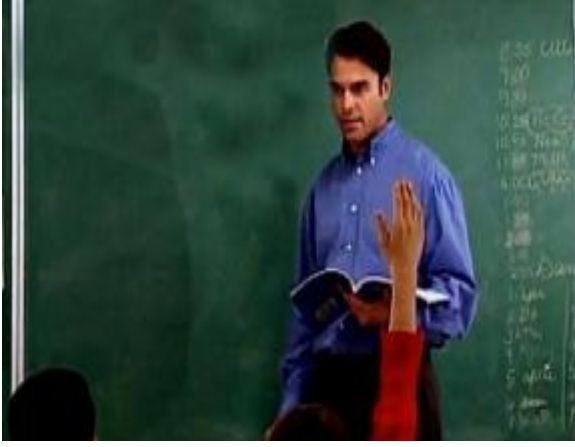
Représente 5 à 10 % des épilepsies et concerne quasiment exclusivement les enfants. Les crises débutent entre 4 et 7 ans et disparaissent au moment de la puberté.

Elle se manifeste par:

- Une perte brutale de la conscience avec regard vitreux ne durant que 5 à 15 secondes.
- Immobilisation.
- Absence de contact avec extérieur (l'enfant ne répond plus aux questions)
- Regard fixe.
- Ne s'accompagne pas de chute et l'enfant ne garde aucun souvenir de la crise.
- La perte de conscience et le retour à la conscience sont brutaux.

Le traitement existe et il est doit être instauré le plutôt possible pour que les crises ne retentissent pas sur le rendement scolaire; il peut être interrompu après quelques mois sans " absences". Dans la plupart des cas, il s'agit d'une forme bénigne qui disparaît à l'adolescence sans laisser de séquelles cognitives ou motrices. Cependant, quand cette forme d'épilepsie apparaît à l'adolescence, elle évolue généralement vers les autres formes d'épilepsie.

الشُرود أو "السهوة"



يوجه "سؤالاً" إلى تلميذة....



يقوم المدرس بشرح الدرس....



بعد بضع ثوان تستعيد التلميذة حالتها الطبيعية: لقد مرت بنوع من نوبات الصرع يسمى "الشُرود".



تظهر التلميذة في حالة سهو وكأنها في عالم آخر، ولا تجيب على أسئلة المدرس.

الشُرود:

يشكل 5 إلى 10% من أنواع الصرع، ويصيب الأطفال فقط. تبدأ النوبات من سن 4 إلى 7 سنوات وتختفي في سن البلوغ. و تتجلى الأعراض في:

- فقدان مفاجئ للوعي، يدوم من 5 إلى 15 ثانية.
 - توقف الحركة أو "جمود".
 - فقدان التواصل و الاستجابة للعالم الخارجي (لا يجيب الطفل على الأسئلة الموجهة له).
 - تحديق.
 - لا يسقط الطفل أثناء هذه النوبة، كما أنه لا يتذكر شيئاً منها.
 - فقدان الوعي والرجوع إليه يكونان بطريقة مفاجئة (غير تدريجية).
- العلاج موجود وسهل، يجب اخذه مبكراً لتفادي أي تأثير على الدراسة ويمكن إيقافه بعد بضعة أشهر بدون نوبات شرود. في معظم الحالات، يعتبر الشُرود نوعاً من الصرع يختفي في سن البلوغ دون أن يترك مضاعفات على مستوى الدماغ. ولكن إذا ظهرت هذه النوبات في سن المراهقة فإنها تتطور غالباً إلى نوع آخر من أنواع الصرع.

5. fiche expliquant l'électroencéphalogramme en arabe et en français, utilisée en salle d'explorations fonctionnelles ou en salle d'attente:

التخطيط الكهربائي الدماغي
L'électroencéphalogramme



التخطيط الكهربائي الدماغي هو عبارة عن اختبار غير مؤلم، يتكون من مستقبيلات مرتبطة بأسلاك مرتبطة بدورها بجهاز حاسوب، وتوضع على الرأس. تقوم هذه المستقبيلات بالتقاط النشاط الكهربائي الموجود في الدماغ وتسجيله على الحاسوب.

هذا الاختبار هو الوسيلة الوحيدة القادرة على الإظهار المباشر لنوبات الصرع، وهو ضروري لتشخيص وتحديد نوع الصرع. للرفع من استجابة الدماغ لهذا الاختبار، قد يقوم الطبيب بإظهار صور مضيئة "فلاش"، أو يطلب منك التنفس بسرعة، أو فتح وإغلاق العينين، أو حتى إجراء هذا الاختبار وأنت نائم.

L'électroencéphalogramme est un examen indolore, qui est constitué de capteurs reliés par des fils à un ordinateur et qui sont déposés sur la tête, ils captent l'activité électrique du cerveau et les enregistrent sur l'ordinateur.

Il est l'unique moyen qui met directement en évidence l'activité épileptique.

Il est incontournable pour le diagnostic et la classification des épilepsies et pour le suivi du patient épileptique.

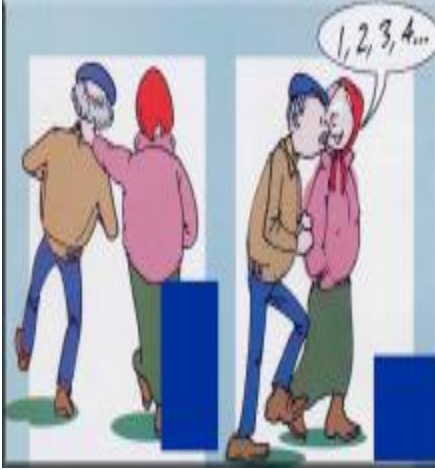
Pour augmenter la sensibilité de l'enregistrement EEG le médecin peut vous montrer des flashs clignotants, vous demander de respirer rapidement, faire des mouvements de fermeture et d'ouverture des yeux, ou vous faire l'examen pendant le sommeil.



6. Une page web sous le nom de "épilepsie.chu.fes", créé dans un compte Facebook intitulé "maladie neurologique". Le compte a un accès public, et il contient des informations sous formes de textes, images, vidéos...Ce compte est considéré comme un moyen de communication entre professionnels de santé, patients, accompagnants...

III. PARKINSON :

1. Brochure de la vie quotidienne du patient parkinsonien, en arabe, destinée au patient et à son entourage (21):



مرافقة المريض

عموما مريض الباركنسون قادر على التحرك وحده بشكل أفضل، لذا يجب تركه حرا في تحركاته ومساعدته فقط في الحركات الدقيقة ، من أجل ذلك يفضل أن يقوم المريض بإمساك يد مرافقه وليس العكس.



إطالة الخطوات

من أجل إطالة الخطوات، عليك دفع كامل الجسم نحو الأمام، تخيل أن جسمك مغمور في المياه إلى مستوى الكتفين: لكي تتمكن من التقدم فإن جسمك يحاول دفع الماء وهكذا تكون خطواتك أطول.



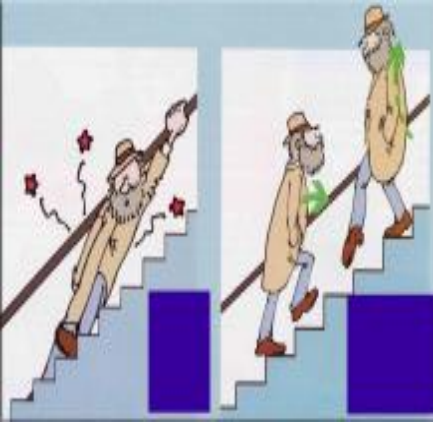
كيف تعالج مشكل السقوط؟

أولاً يجب معالجة الأمراض التي قد تؤثر على توازنك.

راقب: **ضغطك الدموي**، نسبة **السكري** في الدم، **بصرك**، **سمعك**. وكذا مشاكل المفاصل التي قد تعيق الوقوف والحركة.

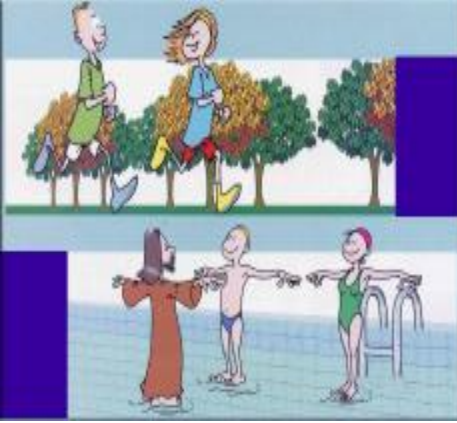
ثانياً: هناك إجراءات تقوم بها لتجنب السقوط:

ممارسة تمارين رياضية، تساعد على الليونة وتنمي القدرة على المشي وضبط التوازن.



تمكن من صعود السلالم ونزولها بسهولة

من أجل صعود السلالم، يجب دفع الجسم إلى الأمام بحيث يسبق الكتفان مستوى الرجلين. كما يمكن الإمساك بالعمود الموجود على جانب السلالم. ومن أجل النزول، حاول جعل جسمك في مستوى عمودي دون دفعه إلى الأمام، وفي كلتا الحالتين حاول جعل خطواتك إيقاعية لتحكم أفضل.



اختر تمارينك الرياضية

- تمارين تمارس في الهواء الطلق، لتنمية قدرتك على التنفس وإعطاء الجسم نصيبه من الأوكسجين.
- تمارين ديناميكية تساعد على الحركة كالجيمناستيك.
- يجب الإبتعاد عن التمارين المجهدة للجسم كحمل الأثقال.
- تمارين أو أنشطة جماعية، تساعد على خلق روابط اجتماعية.



كيفية المشي

- كل مريض قادر على إيجاد طريقة خاصة به لبدء المشي:
- مثلاً قم بتحريك جسمك جانبياً بطريقة متذبذبة، أثناء ذلك فإن القدمين تتحركان بالتناوب وترتفعان عن الأرض من أجل بدء أول الخطوات.
- أو يمكنك رفع الركبة من أجل بدء أول خطوة، ولكن احذر من أن تفقد توازنك نحو الخلف.
- كما يمكنك البدء بتحريك ذراعك ودفعها نحو الأمام.
- أو حتى قم بخطوة نحو الخلف قبل أن تبدأ بالمشي نحو الأمام.



التواصل عن طريق الكتابة

لكي تكون الكتابة جيدة عليك أولاً الجلوس بطريقة جيدة: مقعد مريح، ثم اجلس بشكل مستقيم ومعتدل وضع يديك على الطاولة. الكتابة الجيدة تستلزم كذلك قلماً غليظاً وطويلاً ليكون سهل الإمساك، كما يجب أن يكون وزنه ثقيلًا لتجنب مشكل الارتجاج. اختر كذلك ورقاً عليه سطور متباعدة تساعدك على كتابة حروف كبيرة وواضحة.



الدخول والخروج من السيارة

سواء كنت أنت من تقود السيارة أو كنت أحد الركاب، الخروج أو الدخول إلى السيارة يجب أن يتم بطريقة **عمودية** بالنسبة للكرسي. من أجل الصعود، قم بتسبيق الظهر، ولكي تجلس، أمسك بمقود السيارة، أو الكرسي للالتكأ عليه، ثم استدر لإدخال أرجلك للسيارة. من أجل النزول، قم بالعكس.



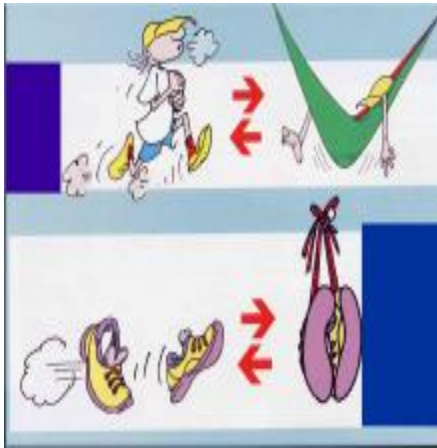
فهم ومعالجة الألم

عليك أولاً معرفة نوع الألم وهل له علاقة بمرض الباركنسون، هل هذا الألم يظهر مع ظهور الحركات اللاإرادية؟ هل يجعلك تحس بضغط على الصدر كأنك تختنق؟ إذا كان كذلك فإن التمارين الرياضية تكون جد مفيدة. تحدث إلى الشخص المسؤول عن الترويض الطبي، وكذلك إلى طبيبك، فقد يتطلب الأمر أحياناً ضبط الدواء.



تحكم في مشكل الاهتزاز "الارتجاف"

مشكل الاهتزاز يعالج بالأدوية:
ليس هناك تمارين معينة للتحكم فيه.
احذر من الوقوع في خطأ تهميش الجزء
الذي يرتجف بإخفائه وعدم استعماله!
على العكس عليك استخدامه في أعمالك
خصوصاً أن الاهتزاز يقل أثناء الحركة
ويظهر في غيابها.



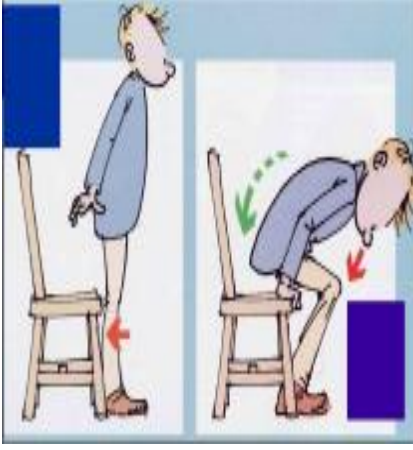
تنظيم أنشطتك اليومية

بطء الحركة والتعب حدثان
مرتبطان بمرض الباركنسون. من أجل
أن يمر يومك بأفضل حال، قم بالعمل
والاستراحة بشكل متناوب لتفادي
التعب.
اعمل على معرفة حالات جسمك
التي تكون فيها قادراً على العمل، وكذا
لحظة وجوب توقفك وأخذ قسط من
الراحة.



التواصل بالصوت والكلام

تمارين التنفس مهمة جداً لتجنب
مشاكل التلعثم، وسيلان اللعاب... تمرن
على التنفس بعمق، وتحريك عضلات
وجهك بشكل منتظم.
تمرن على الكلام: اقرأ الجريدة
بصوت مرتفع، قم بالغناء، تحدث إلى
أقربائك...



الجلوس والنهوض

من أجل النهوض، قم بدفع أرجلك نحو الأمام، ثم استعمل أيديك للارتكاز على المقعد وادفع بجسمك نحو الأمام، هكذا تستطيع الوقوف بشكل متوازن.
ومن أجل الجلوس، اقترب من المقعد حتى تلامس حافته أرجلك، وقم بالانحناء مع الارتكاز بأيديك على المقعد.
حركات الجلوس والنهوض تشكل تمرينا جيدا للجسم، قم بتكريرها خلال اليوم !



تسهيل طريقة اللبس

أولا اختر ملابس واسعة لتسهيل حركتك، بالنسبة للمعطف مثلا اختر قياسا أكبر من المعتاد، ابتعد عن الأقمشة التي تزيد من التعرق.
اختر أحذية بدون أربطة، ويكعب بسيط لمساعدتك على ضبط التوازن.



طريقة النوم والنهوض من السرير

لتسهيل النوم في السرير أو النهوض منه، اختر أولا فراشا صلبا أو ممتاسكا.
من أجل الاستلقاء، اجلس على السرير ثم اتكئ على جنبك وارفع أرجلك فوق السرير.
ومن أجل النهوض قم بعمس ذلك: فمثلا إذا كنت نائما على الجانب الأيمن، استخدم يدك اليسرى ومرفقك الأيمن للارتكاز عليهما، ثم قم بدفع أرجلك خارج السرير من أجل النهوض.
إذا كانت هذه العملية صعبة، يمكنك استخدام حبل تربطه بمؤخرة السرير للإمساك به أثناء النهوض.



التنقل داخل البيت

كلما كانت المساحة في البيت واسعة يكون التنقل أسهل. تجنب كثرة الأثاث في الممرات، أو أي شيء يمكن أن يعيق الحركة: زرابي، أسلاك كهربائية...
احرص على الإضاءة الجيدة في البيت.



أكل وبلع الطعام

أولا يجب الحرص على نظافة وصحة الفم، وكذا ضبط مقوم الأسنان.
في حالة خلل في إفراز اللعاب:

- قم بشرب جرعات منتظمة من الماء إذا كنت تعاني من جفاف في الفم.
- قم بمضغ علكة أو لعق حبة حلوى إذا كنت تعاني من كثرة في إفراز اللعاب.



الاقتراب من الطاولة

للاقتراب من الطاولة، يجب تحريك الكرسي وذلك بالنهوض منه للحظة وجيزة والتحرك نحو الأمام مع الإمساك بحافة الكرسي ودفعه نحو الأمام كذلك.



الوقوف والجلوس بطريقة مستقيمة

من المهم الحفاظ على استقامة الجسم في جميع حركاتك و أنشطتك اليومية. بعض النصائح للحفاظ على وضعية مستقيمة للجسم:

- قم بوضع يديك خلف ظهرك أثناء المشي.
- إذا كنت تميل نحو أحد الجوانب، اتكى على عصا "عكاز" في الجانب المعاكس. فمثلا إذا كنت تميل نحو جانبك الأيمن، على الشخص الذي يتحدث معك أن يتموضع من جهة جانبك الأيسر، وكذلك بالنسبة للتلغاز.....



استخدام اليدين في الأعمال اليومية

حاول استخدام كلتا اليدين، مثلا أثناء عقد أربطة الحذاء، إقفال أزرار الملابس، استخدام المفاتيح لإغلاق أو فتح الباب... حاول تكرار هذه العمليات من أجل سلاسة حركة اليدين.



الوقوف بثبات

يجب تفادي الحالات التي تكون فيها وضعية الوقوف غير ضرورية أو خطيرة: فمثلا أثناء لبس سروال أو جوارب أو حذاء من الأفضل أن تجلس. أثناء وضعية الوقوف، قم بتفريق القدمين من أجل تحكم أفضل في التوازن. إذا كنت تستخدم عصا للمشي "عكاز"، قم بوضعها أمامك على بعد 50 سنتيمتر أثناء التوقف!



الاستدارة والتحرك في السرير

تجنب الأغطية الثقيلة التي تعيق الحركة في الفراش، من أجل القيام بأي حركة، قم أولاً بثني الركبتين، لأن ذلك يساعد على الارتكاز عليهما من أجل الانتقال من وضعيّة النوم على الظهر إلى النوم على الجانب، كما تساعد كذلك على الاستدارة نحو أحد الجانبين.



استخدام العصا أو "العكاز"

يجب ألا استخدام عصا يكون مقبضها في نفس المستوى مع اليد، وأثناء المشي يجب أن تكون العصا أمام المريض فهي تسبق خطواته وتساعد على التقدم نحو الأمام. وهي أيضا تساعد على الصعود أو النزول من الطوار عند الالتقاء عليها. ولكن إذا كنت قادرا على المشي دون الاعتماد على العصا، فهذا أفضل لليونة حركات جسمك.

2. Document expliquant la maladie en arabe et en français, qui peut être utilisé en consultation ou en salle d'attente:

La maladie de Parkinson

Qu'est-ce que la maladie de Parkinson?

Les mouvements de notre corps sont habituellement contrôlés par une substance chimique appelée dopamine.

Cette substance transmet des signaux entre les nerfs et le cerveau. Lorsque les cellules qui produisent normalement de la dopamine meurent, les symptômes de la maladie de Parkinson se manifestent. Il s'agit d'une maladie neurodégénérative.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de remède, mais de nombreux projets de recherche prometteurs sont en cours. On peut vivre avec la maladie de Parkinson pendant des années. La maladie de Parkinson évolue à un rythme différent chez chaque personne atteinte.

Comment procède-t-on pour poser un diagnostic et traiter la maladie de Parkinson?

Un diagnostic de maladie de Parkinson peut être long. Il n'existe aucune radiographie ni aucun test permettant de confirmer la maladie de Parkinson. Le neurologue vérifiera donc vos antécédants médicaux, procédera à un examen physique approfondi et à certains tests afin d'exclure d'autres maladie qui pourraient ressembler à la maladie de Parkinson.

Les symptômes les plus fréquents sont :

- Rigidité musculaire
- Problèmes d'équilibre
- Ralentissement des mouvements et rigidité
- Tremblement

Autres symptômes pouvant se manifester chez certaines personnes :

- Troubles du sommeil
- Constipation
- Posture voûtée
- Troubles d'écriture
- Élocution lente
- Fatigue

La maladie de Parkinson se traite à l'aide de médicaments qui peuvent atténuer les symptômes, et l'exercice est bénéfique et peut améliorer la souplesse et réduire la rigidité.

Plus les symptômes s'aggravent, plus on doit avoir recours aux médicaments. Vous devez savoir que, bien que les médicaments vous aideront à mieux fonctionner, ils ne sont pas parfaits et bon nombre d'entre eux entraînent des effets secondaires.

Si vous avez la maladie de Parkinson, prenez votre santé en main:

Il faut du temps pour trouver le bon traitement qui vous fournira un juste équilibre.

- Faites une liste de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas et parlez-en à votre médecin.
- Apprendre à reconnaître vous-même les situations qui peuvent déclencher une crise.
- Au fur et à mesure que les symptômes s'aggraveront, il faudra rajuster votre traitement, respecter la fréquence des consultations conseillées par votre médecin.
- Adapter, avec l'aide de votre médecin, les différents traitements, leurs doses et horaires de prise en prévenant et/ou dépistant et/ou limitant les effets indésirables des traitements.

- Vous êtes unique! Vos progrès, vos symptômes et votre traitement médicamenteux seront fort probablement différents de ceux des autres personnes atteintes de la maladie de Parkinson.
- Faites de l'exercice! Marchez tous les jours. Demandez à un ami ou à un membre de votre famille de se joindre à vous.
- Soignez votre alimentation. Ajoutez des fibres et des liquides à votre régime alimentaire afin d'éviter la constipation - un problème fréquent chez bon nombre de personnes atteintes de la maladie de parkinson.
- Informez-vous. Apprenez-en le plus possible sur la maladie de Parkinson.
- Continuez à faire les choses que vous aimez faire. La maladie de Parkinson fera toujours partie de votre vie, mais vous devez apprendre à adapter vos activités à votre niveau de capacité.
- La dépression peut être un effet secondaire de la maladie de parkinson, mais elle se traite! demandez l'aide d'un psychologue.
- L'orthophoniste peut vous aider à améliorer votre langage oral et écrit, il participe également à la rééducation de l'attention, de la mémoire...

Questions les plus fréquentes

- La maladie de Parkinson fait-elle partie du processus naturel du vieillissement? Non.
- Est-ce contagieux? Non.
- La maladie de Parkinson de Parkinson est-elle héréditaire? Il existe une prédisposition héréditaire à la maladie de Parkinson dans un faible pourcentage de cas.
- On dit qu'il n'y a rien à faire lorsqu'on a la maladie de Parkinson. Est-ce vrai? Au contraire, il y a beaucoup à faire: de l'exercice, prendre ses médicaments,

parler à son équipe de soins de santé de ce que l'on ressent, demander de l'aide...

La maladie de Parkinson

- ne frappe pas uniquement les personnes âgées... mais également les personnes aussi jeunes que 40 ans... cependant, l'apparition de la maladie survient en moyenne vers l'âge de 60 ans.
- se traite au moyen de médicaments et de réadaptation
- Le traitement médicamenteux consiste essentiellement à compenser le manque de dopamine naturellement présente dans le cerveau.

الباركنسون

ما هو مرض الباركنسون؟

يتم التحكم بحركات جسم الإنسان بواسطة مادة كيميائية تسمى **الدوبامين**، هذه المادة تقوم بنقل إشارات ما بين الأعصاب والدماغ. وعند موت الخلايا المسؤولة عن إنتاج الدوبامين فإن أعراض الباركنسون تبدأ بالظهور: لذا فمرض الباركنسون يعتبر مرضاً تنكسياً.

في الوقت الحالي لا يوجد علاج شافٍ للمرض، ولكن هناك مشاريع بحث واعدة في هذا الإطار. يمكن التعايش مع مرض الباركنسون لعدة سنوات، كما أن تطوره يختلف من مريض لآخر.

كيف يتم تشخيص مرض الباركنسون؟

تشخيص المرض يمكن أن يأخذ وقتاً طويلاً، وهو لا يستلزم إجراء تصوير بالأشعة ولا أية تحاليل. ولكن الطبيب المختص في الجهاز العصبي يقوم **بفحص سريري** متعمق وبعض الاختبارات من أجل استبعاد أمراض أخرى مشابهة للباركنسون.

الأعراض الأكثر شيوعاً:

- تصلب في العضلات.
- اضطرابات في التوازن.
- تباطؤ في الحركات.
- اهتزاز على مستوى اليدين.

هناك أعراض أخرى يمكن أن تظهر عند بعض الأشخاص:

- اضطراب في النوم
- إمساك.
- وضعية منحنية للجسم.
- اضطراب في الكتابة.
- التكلم بطريقة بطيئة.
- تعب وعباء.

تتم معالجة الباركنسون بأدوية تخفف من الأعراض، وكذلك بعض التمارين الرياضية مفيدة لأنها تساعد على الحفاظ على ليونة الجسم. كما يجب معرفة أن الأدوية ضرورية لتفادي تفاقم الأعراض، رغم أنها قد تسبب ظهور بعض التأثيرات الجانبية.

كيف تتحكمون في الباركنسون؟

- يستلزم إيجاد الدواء المناسب بعض الوقت، قوموا بإعداد قائمة تضم **الوظائف** التي فقدتموها، والأخرى السليمة، ثم تحدثوا إلى طبيبك.
- حاولوا معرفة وضبط الحالات التي قد تكون سببا في ظهور نوبة.
- إذا تفاقمت الأعراض، فيجب إعادة **ضبط العلاج**، احترموا مواعيد زيارة طبيبك.
- بمساعدة طبيبك، تمكنوا من ضبط جرعات الدواء ومواعيد تناولها، وأيضا مراقبة ظهور أية تأثيرات جانبية من أجل تفاديها.
- عليكم معرفة أن كل مريض يعتبر حالة منفردة بنوعها، فالأعراض والعلاج تختلف من مريض لآخر.
- مارسوا تمارين رياضية، قوموا **بالمشي** يوميا، واطلبوا من صديق أو قريب مرافقتكم في ذلك.
- اهتموا **بنمط غذائكم** واجعلوه غنيا بالألياف والسوائل لتفادي مشاكل الإمساك.
- استفسروا عن مرضكم وحاولوا معرفته.
- استمروا بفعل ما تحبون، واجعلوا نشاطاتكم تكون ملائمة لقدراتكم الجسمية، لأنه الباركنسون أصبح يشكل جزءا من حياتكم.
- غالبا ما تظهر حالات الاكتئاب لدى مرضى الباركنسون، لذا لا تترددوا في استشارة **معالج نفسي**.
- استشيروا **مساعدًا على تقويم النطق**، فهو أيضا قادر على مساعدتكم لتطوير انتباهكم وذاكرتكم...

تساؤلات حول الباركنسون:

- هل الباركنسون هو حالة طبيعية تحدث مع التقدم في السن؟ لا.
- هل هو معدي؟ لا.
- هل هو مرض وراثي؟ هناك قابلية وراثية للإصابة بالمرض في بعض الحالات.
- يقال أنه ليس هناك ما يمكن فعله عندما تكون مصابا بالباركنسون؟ على العكس، بل يجب فعل الكثير: التمارين الرياضية، تناول الدواء، التحدث إلى الطاقم المعالج، طلب المساعدة...

مرض الباركنسون:

- قد يصيب أيضا الأشخاص في سن مبكرة كسن الأربعين، رغم أن أعراض المرض عادة ما تظهر في سن الستين.
- الباركنسون يعالج عن طريق الأدوية والترويض الطبي.
- أدوية الباركنسون تتمثل خصوصا في مواد تعوض نقص الدوبامين الموجود على مستوى الدماغ.

3. Agenda pour le patient Parkinsonien, pour aider le médecin au suivi de la maladie ainsi améliorer la prise en charge (22):

مذكرة مرضى الباركنسون

كيف تستخدم المذكرة؟

من المهم أولاً:

- معرفة حالات جسمك الحركية.
- تحديد انتقالات وتغيرات جسمك من حالة حركية إلى أخرى:
- + هذه التغيرات يمكن أن تكون متوقعة وتحدث في نفس الوقت من اليوم أو بعد مدة معينة من أخذ الدواء.
- + أو غير متوقعة ناتجة عن حالة انفعالية أو عاطفية.
- ولهذا نستعمل في المذكرة صوراً مختلفة:
- + نائم: عندما تنام أو تأخذ قيلولة.



+ حالة "on" أو "مشتغل" إذا كنت قادراً على التحرك بسهولة.

+ حالة "off" أو "مطفي" أو في حالة اهتزاز: إذا كنت غير قادراً على التحرك أو تتحرك ببطء، أو تعاني من اهتزاز كثير.

+ حالة "مشتغل" ولكن مع وجود حركات لا إرادية تعيقك في أنشطتك اليومية.

هل أنا في حالة حركية مرضية؟

نعم: ضع علامة في خانة "مشتغل" أو "on" في المذكرة.

لا: هل لدي صعوبة في التحرك أو أعاني من اهتزاز؟

نعم: ضع علامة في خانة "مطفي" أو "off" في المذكرة.

لا: هل أعاني من حركات لا إرادية تعيقني؟

نعم: ضع علامة في خانة "مشتغل" لكن مع وجود حركات لا إرادية تعيقني

أسئلة إضافية:

هل أخذت دوائك كما وصف لك؟

إذا كانت الإجابة لا، لماذا؟





هل حدث شيء خلال اليوم أثر على حالتك الحركية؟

إذا كانت الإجابة نعم، حدد ما هو هذا الحدث وما هي الأعراض التي ظهرت عليك.





اليوم الأول...../...../.....

ضع علامة كل 30 دقيقة في الخانة التي تناسب حالتك الحركية.

فترة الصباح 7h-18h30

اسم الدواء وعدد الأقرص المأخوذة	"مشتغل" أو « on » مع حركات لا إرادية.	"مطفي" أو "off" أو في حالة اهتزاز	"مشتغل" أو "on"	نائم	الساعة
					7h
					7h30
					8h
					8h30
					9h
					9h30
					10h
					10h30
					11h
					11h30
					12h
					12h30
					13h
					13h30
					14h
					14h30
					15h
					15h30
					16h
					16h30
					17h
					17h30
					18h
					18h30

PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN	
Codes lettres	Traitement antiparkinsonien prescrit
A	
B	
C	
D	
E	
F	

اسم الدواء وعدد الأقرص المأخوذة	"مشتغل" أو « on » مع حركات لا إرادية.	"مطفي" أو "off" أو في حالة اهتزاز	"مشتغل" أو "on "	نائم	الساعة
					
					19h
					19h30
					20h
					20h30
					21h
					21h30
					22h
					22h30
					23h
					23h30
					24h
					00h30
					1h
					1h30
					2h
					2h30
					3h
					3h30
					4h
					4h30
					5h
					5h30
					6h
					6h30

لا	نعم	هل أخذت دواءك كما وصف لك؟ إذا كانت الإجابة لا، لماذا؟
لا	نعم	هل حدث شيء خلال اليوم أثر على حالتك الحركية؟ إذا كانت الإجابة نعم، حدد.....

4. Une page web sous le nom de " parkinson.chu.fes", créé dans un compte Facebook intitulé "maladie neurologique". Le compte a un accès public, et il contient des informations sous formes de textes, images, vidéos...Ce compte est considéré comme un moyen de communication entre professionnels de santé, patients, accompagnants...

CONCLUSION

L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu de soins et de prise en charge. Il s'agit d'une branche spécifique de la prévention et de l'éducation pour la santé. Ce sont des professionnels de la santé qui vont transmettre une partie de leurs savoirs et de leur savoir-faire au patient.

Il s'agit avant tout d'une approche pluridisciplinaire où plusieurs professionnels de santé (infirmiers, pharmaciens, médecins, psychologues, diététiciens, aides-soignants...), les associations de malades et l'entourage peuvent intervenir et jouer un rôle important dans la prise en charge afin d'améliorer la qualité des prestations de soins.

Ce type d'éducation pour la santé s'adresse aux personnes malades (souvent chroniques) et à leur entourage afin de leur permettre une meilleure acceptation d'eux-mêmes, elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie.

Les maladies telles que l'accident vasculaire cérébral, le parkinson, et l'épilepsie constituent un sérieux problème de santé publique, l'éducation du patient à travers des moyens multimédias peut jouer un rôle très important dans l'évolution de ces maladies voire elle peut être la base d'une prise en charge adéquate.

En fait, ces maladies doivent bénéficier d'un plan national de prise en charge, tout en assurant une formation des médecins et des paramédicaux afin de faire un diagnostic précoce qui peut être déterminant dans l'évolution de la maladie. Ainsi, La formation du grand public à travers, entre autres, les moyens multimédias, le mouvement associatif et la mise en place de structures d'accueil de jour pour la rééducation des malades, et des centres d'urgences neurologiques vasculaires pourra améliorer le devenir de ces patients (pour ce qui est des AVC).

RESUME

RESUME

Dans ce travail, on a essayé de proposer des supports multimédias éducatifs pour les patients et leur entourage. On a choisi trois principales pathologies en neurologie qui sont: l'accident vasculaire cérébral, l'épilepsie et le parkinson, et cela parce que l'éducation thérapeutique pour ces pathologies joue un rôle décisif dans leur évolution et leur pronostic. Ainsi l'éducation thérapeutique à travers ces moyens multimédias va nous aider dans la prise en charge de ces maladies (compréhension, coopération, observance du traitement, prévention, insertion sociale).

On a essayé de créer des moyens qui répondront aux objectifs de l'éducation pour chaque pathologie et qui sont adaptés à notre contexte marocain de point de vue niveau culturel, social et économique. Ils doivent répondre également à la cible que peut viser chaque moyen proposé (patient analphabète, proches de patients, entourage, soignants) et au lieu d'utilisation du moyen (hôpital, salle d'attente des établissements de santé, en consultation, à domicile).

Pour chaque pathologie, le patient et son entourage doivent adopter certaines attitudes pour aider à une meilleure prise en charge et à avoir une meilleure qualité de vie.

Pour cela on a proposé pour l'accident vasculaire cérébral:

- Une brochure sous forme de questions et réponses en arabe et en français avec des images explicatives, destinée au patient et à son accompagnant pendant le séjour à l'hôpital et à domicile.
- Une affiche en arabe et en français, qui contient des généralités sur l'accident vasculaire cérébral et qui peut être affichée dans tous les établissements de soins de santé.
- Une fiche en arabe et en français, qui explique la thrombolyse à la famille, son intérêt et ses risques.

- Une fiche de positionnement du malade hémiparétique (exemples de déficits droit et gauche), en arabe et en français, destinée à l'équipe soignante pendant l'hospitalisation et aux accompagnants à domicile.
- Une carte pour les patients sous anticoagulants oraux pour le suivi du traitement et le contrôle de l'INR.
- Une affiche destinée aux médecins généralistes expliquant la conduite à tenir en cas de suspicion d'accident vasculaire cérébral.
- Une affiche destinée aux médecins internes expliquant la conduite à tenir en cas d'accident vasculaire cérébral.
- Une page Web sous le nom de « avc.chu.fes », créé dans un compte Facebook intitulé « maladie neurologique ». Le compte a un accès public, et il contient des informations sous forme de textes, images, vidéos...Ce compte est considéré comme un moyen de communication entre professionnels de santé, patients, accompagnants...

Pour l'épilepsie:

- Une brochure sous forme de questions et réponses en arabe et en français avec des illustrations, destinée au patient épileptique enfant ou adulte, et à leur famille.
- Dépliant de sensibilisation en classe en arabe et en français, pour les enseignants, le personnel de l'école, les élèves ou les amis d'un enfant épileptique.
- Dépliant sous forme de questions, en arabe et en français: vrai ou faux, peut être utilisé en salle d'attente ou en consultation.
- Une fiche expliquant la crise d'absence chez l'enfant en arabe et en français, destinée à la famille et aux enseignants.
- Une fiche expliquant l'électroencéphalogramme en arabe et en français, utilisée en salle d'explorations fonctionnelles ou en salle d'attente.

- Une page Web sous le nom de « épilepsie.chu.fes », créé dans un compte Facebook intitulé « maladie neurologique ». Le compte a un accès public, et il contient des informations sous forme de textes, images, vidéos...Ce compte est considéré comme un moyen de communication entre professionnels de santé, patients, accompagnants...

Pour le parkinson:

- Une brochure en arabe, avec des illustrations destinée au patient et à son entourage pour les aider dans la vie quotidienne.
- Un document expliquant la maladie en arabe et en français, qui peut être utilisé en consultation, ou en salle d'attente.
- Un agenda pour le patient parkinsonien, pour aider le médecin au suivi de la maladie ainsi améliorer la prise en charge.
- Une page Web sous le nom de « parkinson.chu.fes », créé dans un compte Facebook intitulé « maladie neurologique ». Le compte a un accès public, et il contient des informations sous forme de textes, images, vidéos...Ce compte est considéré comme un moyen de communication entre professionnels de santé, patients, accompagnants...

SUMMARY

In this work, we tried to offer multimedia education for patients and their families. We chose three main diseases in neurology, which are: stroke, epilepsy and Parkinson's, and that because the education therapy for these conditions plays a decisive role in their evolution and prognosis. And patient education through multimedia means these will help us in the management of these diseases (understanding, cooperation, adherence to treatment, prevention, social integration). We tried to create ways that meet the goals of education for each condition and are appropriate to our context Moroccan perspective cultural, social and economic development. They must also fulfill the target may be directed by each proposed (illiterate patients, relatives of patients, environment, health care providers) and instead use the average (waiting room of health facilities, in consultation, at home).

For each disease, the patient and his family must adopt certain attitudes to help them better care and a better quality of life.

For it has been proposed for stroke:

- A booklet form of questions and answers in Arabic and French with explanatory images, for the patient and his accompanying during hospital stay and at home.

- A sign in Arabic and French, which contains general information on stroke and can be displayed in all health care institutions.

- A certificate in Arabic and French, which explains thrombolysis with the family, its interests and its risks.

- A form of hemiplegic patient positioning (eg deficits of right and left), Arabic and French, for the health care team during hospitalization and carers at home.

- A card for patients on oral anticoagulants for treatment monitoring and control of INR.

- A poster aimed at general practitioners explaining what to do in case of suspected stroke.

- A poster for physicians explaining the internal behavior in cases of stroke.

- A web page under the name "avc.chu.fes, created in a Facebook account called " neurological disease ". The account has a public access, and it contains information in text, images, videos ... This account is considered a means of communication between health professionals, patients and carers ...

For epilepsy:

- A booklet form of questions and answers in Arabic and French with illustrations, for the child or adult patients with epilepsy and their families.

- Brochure awareness class in Arabic and French for teachers, school staff, students or friends of children with epilepsy.

- Flyer in a question in Arabic and French: true or false, can be used in the waiting room or consultation.

- A fact sheet explaining the absence seizure in children in Arabic and French, for the family and teachers.

- A fact sheet explaining the electroencephalogram in Arabic and French, used for functional room or waiting room.

- A web page under the name "épilepsie.chu.fes", created in a Facebook account called "neurological disease". The account has a public access, and it contains information in text, images, videos ... This account is considered a means of communication between health professionals, patients and carers ...

For Parkinson's:

- A booklet in Arabic, with illustrations for the patient and his entourage to help them in everyday life.

- A document explaining the disease in Arabic and French, which can be used in consultation, or waiting room.

- An agenda for the parkinsonian patient, to assist the physician in monitoring the disease and improve care.

- A web page under the name "parkinson.chu.fes", created in a Facebook account called "neurological disease". The account has a public access, and it contains information in text, images, videos ... This account is considered a means of communication between health professionals, patients and carers ...

ملخص

في هذا العمل، حاولنا أن نقدم وسائل إعلامية تربوية للمرضى وعائلاتهم. لقد اخترنا ثلاثة أمراض رئيسية في طب الأعصاب، وهي: السكتة الدماغية والصرع والشلل الرعاش الباركنسون أو، وذلك لأن التربية العلاجية لهذه الأمراض تلعب دورا حاسما في تطور ومصير هذه الأمراض. التربية العلاجية من خلال الوسائل المتعددة تساعد في تدبير هذه الأمراض (الفهم، التعاون، التقيد بالعلاج، الوقاية والاندماج الاجتماعي).

حاولنا إيجاد وسائل تحقق أهداف التربية لكل مرض وتكون مناسبة سياقنا المغربي من الناحية الثقافية والاجتماعية والاقتصادية. يجب أن تكون هذه الوسائل مناسبة للفئة المستهدفة (مرضى أميين، أقارب المرضى، المحيط، مقدمي الرعاية الصحية)، و لمكان الاستخدام (غرفة الانتظار في جميع المرافق الصحية، في مراكز التشخيص، في المنزل).

بالنسبة لكل مرض، يجب على المريض وعائلته تبني مواقف معينة من أجل رعاية أفضل وتحسين نوعية الحياة.

لذلك تم اقتراح بالنسبة للجلطة الدماغية :

- كتيب على شكل أسئلة وأجوبة باللغتين العربية والفرنسية مع صور توضيحية، موجه للمريض والمرافقين له خلال الإقامة في المستشفى وفي المنزل.
- ملصق باللغتين العربية والفرنسية، يتضمن معلومات عامة عن الجلطة الدماغية، ويمكن عرضها في جميع مؤسسات الرعاية الصحية.
- جاذبة باللغتين العربية والفرنسية، تفسر علاج الترومبوليز في الجلطة الخثرية لعائلة المريض، مصالحه ومخاطره.
- جاذبة تفسر كيفية تموضع المريض المصاب بشلل نصفي (أمثلة شلل نصفي على اليمين وكذا اليسار)، بالعربية والفرنسية، لفريق الرعاية الصحية أثناء العلاج في المستشفيات ومقدمي الرعاية في المنزل.
- بطاقة للمرضى الذين يتناولون مضادات التخثر عن طريق الفم، من أجل تتبع العلاج والسيطرة على نسبة INR.
- ملصق موجه إلى الطبيب العام، بشرح ما يجب القيام به في حالة الجلطة الدماغية.
- ملصق موجه إلى الأطباء الداخليين يفسر ما يجب القيام به في حالة الجلطة الدماغية.
- صفحة ويب تحت اسم "avc.chu.fes"، في حساب على الفيس بوك يسمى "الأمراض العصبية". هذا الحساب مفتوح للعموم، ويحتوي على معلومات على شكل نصوص، صور وأشرطة الفيديو... وهو يعتبر وسيلة للاتصال بين المهنيين الصحيين والمرضى ومقدمي الرعاية...

بالنسبة لمرض الصرع :

- كتيب على شكل أسئلة وأجوبة باللغتين العربية والفرنسية مع رسوم توضيحية ، موجه للمرضى الأطفال أو البالغين المصابين بالصرع وأسرهـم.
- مطوية تحسيسية باللغتين العربية والفرنسية، موجه للمعلمين والعاملين في المدرسة ، والطلاب أو أصدقاء الأطفال الذين يعانون من الصرع.
- مطوية باللغتين العربية والفرنسية : على شكل أسئلة وأجوبة صحيح أو خاطئ ، تستعمل في غرفة الانتظار أو مراكز التشخيص.
- جاذبة تشرح نوبة الشروع لدى الأطفال باللغتين العربية والفرنسية ، لعائلة الطفل وللمعلمين.
- جاذبة تشرح التخطيط الكهربائي للدماغ باللغتين العربية والفرنسية ، وتستخدم في غرفة الفحوصات الوظيفية أوفي غرفة الانتظار.
- صفحة ويب تحت اسم "épilepsie.chu.fes" ، في حساب على الفيس بوك يسمى "الأمراض العصبية " . هذا الحساب مفتوح للعموم ، ويحتوي على معلومات على شكل نصوص، صور وأشرطة الفيديو... وهو يعتبر وسيلة للاتصال بين المهنيين الصحيين والمرضى ومقدمي الرعاية...

بالنسبة لمرض الباركنسون :

- كتيب باللغة العربية ، مع رسوم توضيحية للمريض ومرافقيه لمساعدتهم في الحياة اليومية.
- وثيقة تشرح المرض باللغتين العربية والفرنسية ، يمكن استخدامه في مراكز التشخيص، أو غرفة الانتظار.
- مذكرة لمريض الباركنسون ، لمساعدة الطبيب في تتبع العلاج وتحسين الرعاية.
- صفحة ويب تحت اسم "parkinson.chu.fes" ، في حساب على الفيس بوك يسمى "الأمراض العصبية " . هذا الحساب مفتوح للعموم ، ويحتوي على معلومات على شكل نصوص، صور وأشرطة الفيديو... وهو يعتبر وسيلة للاتصال بين المهنيين الصحيين والمرضى ومقدمي الرعاية...

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative: POUR UNE POLITIQUE NATIONALE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT- septembre 2008.
- 2- *Education thérapeutique: prévention et maladie chronique*" Dominique SIMON, Pierre-Yves TRAYNARD, François BOURDILLON, André GRIMALDI, Editions MASSON, 2007, collection Abrégés.
- 3- ANAES: Recommandations pour la pratique clinique pour la prise en charge des adultes atteints d'accidents vasculaire cérébral- septembre 2002.
- 4- Recommandation approuvée par le Centre Belge d'Evidence-Based Medicine (CEBAM)- SSMG 2003: pour la prise en charge des patients souffrant d'accident vasculaire cérébral.
- 5- Rodgers H, Thomson R, *Functional status and long term outcome of stroke*, BMJ, 2008;336:337-338
- 6- Hankey GJ, Jamrozik K, Broadhurst RJ, et als. Five-year survival after first-ever stroke and related prognostic factors in the Perth Community Stroke Study [archive], Stroke, 2000;31:2080-2086
- 7- Dr A cherkaoui; pour une meilleure approche des risques d'un accident vasculaire cérébrale: article paru au journal la vie éco 22-06-2009
- 8- A. Bargès , Anthropologie et Sociologie associées au domaine de la maladie et de la médecine in Introduction aux sciences humaines en médecine (ouvrage collectif), Paris, Editions Ellipses, 2001 : 131 à 205

- 9- E. Uchoa, E. Corin, G. Bibeau, B. Koumare, *Représentations culturelles et disqualification sociale, l'épilepsie dans trois groupes ethniques*.
Psychopathologie africaine. 1993 ; XXV, n°1 : 33-57
- 10- Dounia Z. Mseffer, Zoom sur l'épilepsie, " Santé Maghreb ", Edition électronique, 13/11/2007
- 11- La ligue marocaine contre l'épilepsie; article paru au journal la vie éco le 19-10-2009.
- 12- Patrice D. Smith ; *Cyclin-dependent kinase 5 is a mediator of dopaminergic neuron loss in a mouse model of Parkinson's disease* ; PNAS vol. 100 no. 23 13650-13655 ; doi:10.1073/pnas.2232515100 ; [article complet en ligne depuis 2003/10/31], avant publication du 2003/11/11
- 13- Dianbo Qu et al. ; *Role of Cdk5-Mediated Phosphorylation of Prx2 in MPTP Toxicity and Parkinson's Disease* ; Neuron, Volume 55, Issue 1, 37-52, 5 July 2007 ; doi:10.1016/j.neuron.2007.05.033,
- 14- Serge Przedborski ; *Peroxiredoxin-2 links Cdk5 to neurodegeneration* ; Nat. Med. 13, 907 - 909 (2007) ;doi:10.1038/nm0807-907
- 15- Serge Przedborski ; *Peroxiredoxin-2 links Cdk5 to neurodegeneration*
- 16- Rugbjerg K, Ritz B, Korbo L, Martinussen N, Olsen JH, *Risk of Parkinson's disease after hospital contact for head injury: population based case-control study* , BMJ, 2008;337:a2494

- 17- *La lettre du neurologue*, Janvier 2004, Epidémiologie de la maladie de Parkinson ; p13 à 15
- 18- D.LEYS; T.MOULIN; F.WOIMANT; A.YELNIK; C.COUSIN: Brochure de l' Accident Vasculaire Cérébral: guide pratique pour les patients et leur entourage.
- 19- N.TORDJMAN; J.MOTTE; L.VALLEE Ouvrage "Les épilepsies parlons-en!"
- 20- Dépliant de sensibilisation: Société d'épilepsie Canada
- 21- A.LAUMONNIER; A.M BONNET: Ouvrage "parkinsoniens, comment faire?"
- 22- L'agenda du patient parkinsonien: CHU de Bordeaux