# Vignette clinique SEP (2)

Patient de 41 ans, dont le diagnostic de SEP a été posé il y a 14 ans, actuellement sous forme poussées rémission en phase stable (EDSS de 4.0). Il était boulanger, il est aujourd'hui à l'AI à 100%. Il vit avec son amie, il a une fille de 8 ans d'une première union, dont il a la garde à 50%. Il a un appartement au 2ème étage sans ascenseur. Le patient est suivi en physiothérapie ambulatoire à raison de 2 séances par semaine.

Il souhaite pouvoir partager des loisirs avec sa fille, notamment jouer à la Wii. Il doit faire des pauses pour passer l'aspirateur.

Il peut marcher durant 30 minutes sans moyen auxiliaire. A la marche, le patient présente une phase d'appui plus longue à droite. La fin de la phase d'appui du membre inférieur gauche est incomplète avec légère chute de l'hémi-bassin controlatéral.

A l'évaluation clinique, on retrouve une faiblesse des fléchisseurs de hanche gauche à 3 et des abducteurs gauches à 2, les releveurs du pied gauche sont cotés à 2, le reste est coté à 4. Il a de la spasticité aux fléchisseurs plantaires gauches (cotée à 1 selon échelle d'Ashworth) et adducteurs de hanche gauche (cotée à 2 selon échelle d'Ashworth). Il a des troubles de l'équilibre debout dynamique : aux tests d'équilibre, la réaction de rattrapage avec le pied gauche est absente. La coordination et la sensibilité ne sont pas perturbées.

**Fixer :**

- **1 objectif de traitement en termes d'activité**
- **Au moins 2 sous-objectifs en termes de déficiences.**
- **Démontrer une progression de 3 exercices.**
- **Proposer d'autres moyens auxiliaires ou thérapeutiques.**
- **Proposer des critères d'efficacité (une échelle validée, un exercice test-retest)**

# Vignette clinique SEP (3)

Patiente de 44 ans, dont le diagnostic de SEP a été posé il y a 14 ans, initialement sous la forme de poussée-rémission, actuellement sous forme secondaire progressive (EDSS de 6.0). Elle vit seule dans un appartement de 3 pièces. Elle travaille encore à 20% (un jour par semaine) dans une grande banque de Lausanne. Elle marche seule avec une canne simple sur 100 m. Elle possède un scooter électrique trois roues pour les déplacements plus importants et elle utilise le taxi pour aller travailler. Elle reçoit les repas chauds à domicile, mais n'est pas suivie en physiothérapie et ergothérapie. Sa maman passe régulièrement pour lui rendre divers services (courses, l'amener à ses consultations). Elle a une femme de ménage une fois par semaine.

Elle est actuellement hospitalisée dans une clinique de réadaptation suite à une chute à domicile qui a entrainé une fracture de la branche ischio-pubienne D. Elle a le droit de marcher en alterné en charge totale. Elle est vue 2 fois par jour en physiothérapie, 1 fois en ergothérapie et 1 fois en neuropsychologie. Son objectif est de retourner à sa vie antérieure (avant la chute).

Elle possède une canne simple. Suite à la fracture, elle utilise un rollator de manière indépendante, pour l'instant sur une distance de 20 m. Dans la clinique, elle se déplace en fauteuil roulant manuel. A la marche, elle est fortement penchée en avant, elle garde les MI's en extension, fait des circumductions bilatérales (G>D). L'attaque du pas se fait par la pointe du pied à G et à plat pour le pied D. Sa vitesse est très ralentie et on observe des tremblements au niveau du tronc.

Au bilan, on objective une force des fléchisseurs de hanche cotée à 2 et des releveurs du pied à 2, les autres groupes musculaires sont cotés à 3. Les cloni sont déclenchables bilatéralement et épuisables, les fléchisseurs plantaires de cheville sont cotés à 2 sur l'échelle d'Ashworth et à 1 aux extenseurs de genou. Au test de coordination des membres inférieurs en chaîne fermée, elle ne vient pas en appui unipodal sans compensation. Au test de coordination en chaine ouverte, les 3 niveaux (hanche, genou et cheville) démontrent des troubles de la coordination modérés. De plus, elle ne peut pas mobiliser son tronc inférieur séparément du tronc supérieur. Elle n'a aucune réaction d'équilibration et les réactions de rattrapage sont inefficaces. Elle ne présente pas de troubles au niveau des membres supérieurs.

Initialement, ses troubles cognitifs sont peu perceptibles, mais après plusieurs séances des troubles mnésiques importants sont objectivables, en plus de ses légers troubles frontaux (désinhibition, familiarité, précipitation). Même si cela fait plusieurs années que cette patiente souffre de la maladie, l'avancée de cette dernière la déprime beaucoup. Elle est par contre très participative en thérapie et pose beaucoup de questions.

**Fixer : 1 objectif de traitement en termes d'activité**

- **Au moins 2 sous-objectifs en termes de déficiences.**
- **Démontrer une progression de 3 exercices.**
- **Proposer d'autres moyens auxiliaires ou thérapeutiques.**
- **Proposer des critères d'efficacité (une échelle validée, un exercice test-retest)**