Vignette clinique TCC – M. A

M. A a 17 ans. Il est le second d'une fratrie de 2 garçons, vivant avec leur mère et leur beau-père. Il est en 1ère année au gymnase en voie diplôme avec option santé. Il a pour projet de devenir ostéopathe. Ses hobbies sont le cirque et les scouts. Il pratique la marche, le vélo, la trottinette, le ski, le snowboard et aime la piscine pour les plongeons et les sauts. M. A est gaucher.

Suite à un accident de la voie publique (vélo contre voiture), il a passé 3 semaines aux soins intensifs, puis 2 semaines dans le service de neuro-rééducation aigüe (NRA) en éveil de coma pathologique (état de conscience minimal) suite à un TCC sévère avec un Glasgow Coma Scale (GCS) à 7.

Il est transféré dans le service de neurorééducation subaigüe où vous travaillez. Le rapport de prise en charge interdisciplinaire de NRA indique au niveau du **bilan fonctionnel** :

Retournements : seul sur stimulation et guidance verbale, ralenti

Transferts (couché-assis-assis): tous les transferts sans aide physique, sous guidance verbale et sous surveillance, besoin de rappel pour différentes étapes, intégration du MSG et orientation spatiale. (assis-debout) : avec aide pour équilibre debout car rétropulsion, placement des pieds, des mains.

Equilibre assis : (cf vidéo) Tient assis sans aide des MS's, sous surveillance et sur stimulation, réactions d'équilibration retardées, rattrapage absentes, tendances à l'appui MS's (apathie+ fatigabilité)

Equilibre debout : avec aide pour stimuler l'avancée de l'hémicorps G et inhiber la rétropulsion du tronc, stimulation pour explorer son environnement à gauche et garder sa verticalité. Réactions d'équilibration et de rattrapage absentes, se laisse tomber. Base de sustentation élargie, décharge MIG.

Marche : sans MA, périmètre 100 m. Avec aide pour stimuler l'avancée de l'hémicorps G et inhiber la rétropulsion du tronc, apraxie à la marche, a besoin de guidance. Augmentation du polygone de sustentation, déviation de la trajectoire de la marche vers la gauche. Avancée du pas gauche en rotation latérale de hanche. Hyperactivité MSD. Pas de dissociation des ceintures et de balancement des MS's.

AVQ : Activités bimanuelles sur stimulation pour intégration du MSG, troubles exécutifs importants, a besoin de guidance importante pour les AVQ simples.

Autres : montée/descente au sol sur stimulation et légère aide.

Troubles cognitifs: M. est partiellement orienté dans le temps. Il est cependant orienté dans l'espace et au niveau personne, apathie, apraxie, troubles exécutifs, troubles attentionnels (difficulté à initier et maintenir des tâches, par exemple le brossage des dents, la prise du repas) et héminégligence multimodale gauche, persévération (cf vidéo, clics intempestifs de souris), fatigabilité, désinhibition.

Déficiences : Force conservée sur hémicorps D, Force musculaire à 4 hémicorps G. Diminution de la sensibilité épicritique sur hémicorps G uniquement, préservation sensibilité protopathique. Ataxie hémicorporelle G.

Remarques

Patient collaborant mais a besoin de beaucoup de stimulation pour rester concentré, meilleures facultés attentionnelles et participatives lors d'exercices à l'extérieur.

Objectifs de prise en charge pour les 2 prochaines semaines :

- Réaliser transfert assis-assis seul sous surveillance de manière sécuritaire
- Réaliser transfert assis-debout-assis seul sous guidance verbale et sous surveillance de manière sécuritaire
- Tenir assis seul au bord du lit avec appui des pieds au sol et des 2 MS durant 2 minutes
- Tenir debout avec appui des 2 MS et l'aide d'une personne pendant 1 minute.
- Marcher 200 m. ss MA avec aide pour tronc, mais capacité à garder une trajectoire dans largeur de 1 mètre.

Fixer 1 objectif de traitement fonctionnel mesurable (en termes d'activités)
Etre capable de venir attraper des objets placés en avant et sur les côtés (verre sur une table de nuit, pyjama sous coussin, habits sur le côté) à distance des MS en gardant l'équilibre assis seul en bord de lit avec les pieds au sol (largeur de hanche) dans 3 semaines.

Fixer 2 sous-objectifs de traitement

1. Obtenir un redressement du tronc et maintien dans toutes les directions
2. Attraper spontanément des objets dans l'hémichamp extracorporel G (de la médiane à 45°) et utilisation spontanée du MSG
3. Sensibilité posturale complète sur l'hémicorps G
4. Précision du geste de la main G pour attraper un verre d'eau placé sur la table de nuit
5. Diminuer le temps de réaction entre consigne verbale et exécution

Démontrer une progression d'au moins 3 exercices permettant d'atteindre les objectifs fixés Patient assis pieds au sol

Surface	Hauteur	Base de sustentation	Activité	Stimulations
Rouleau	Haut	Pieds écartés	Glisser sur les côtés	Tactiles
Table de traitement	Moyen	Pieds largeur normale (hanche)	Toucher des objets	Auditives
Lit du patient	Bas	Appui une main	Chercher des objets	Repères spatiaux
		Sans appui MS	Déposer un objet sur un autre	

Exprimer des critères d'efficacité qualitatifs et/ou quantitatifs (échelles validées et exercices test-retest pour l'objectif fonctionnel et les sous-objectifs)
Echelles : Trunk Control Test (TCT), Bergego, Berg Balance Scale (BBS) ou POMA, Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF)
Test-retest : Tenir en bord de table de traitement (puis lit) les pieds au sol, mains sur le thorax et décompter le temps
Tenir en bord de table, aller chercher un verre positionné devant lui et revenir sans stimulation verbale.
Même exercice 3 fois (pour évaluer l'attention)
Même exercice avec verre positionné dans hémi-champ G

Avez-vous un conseil à émettre au sujet d'un moyen auxiliaire ou autre adaptation pour ce patient en général (pas forcément en lien avec l'activité) ?

Pour l'instant il est en phase de récupération, l'introduction d'un moyen auxiliaire serait prématurée. Il a déjà une attelle de stabilisation de la cheville (Arthrosan).