Vignette clinique TCC – trouble attentionnel et fatigabilité (dia 5 et 6 du PP)

M. A. est un patient de 63 ans, qui a eu un TCC sévère avec éveil de coma pathologique (resté en état de conscience minimale: non répondant). Il a été admis il y a 20 jours dans le service de neurochirurgie où il a subi une opération de décompression avec ablation d'un volet osseux à gauche. Il a ensuite été transféré au soin intensif 19 jours puis est arrivé dans l'unité de neurorééducation aigüe dans lequel vous travaillez.

D'un point de vue fonctionnel il est capable de réaliser ses retournements seuls, le transfert couché/assis avec l'aide d'une personne, le transfert assis-debout-assis FRM avec l'aide d'une personne et appui du membre supérieur gauche. Lors de ce transfert M A . est asymétrique sur la gauche et a tendance à chuter en arrière et sur la gauche lors de la phase de poussée. Les réactions de rattrapage sont inefficaces ou non présente (en arrière). Il marche 10m avec l'aide importante d'une personne (FAC 2). Il présente un lâchage du genou droit lors de l'appui. Il refuse de porter le casque de protection pour sa craniectomie.
Pour les AVQ, il a besoin d'aide pour la toilette, l'habillage et le rasage. Il mange seul. Il est dans un fauteuil roulant confort avec appui tête et une tablette pour poser les membres supérieurs.
Au niveau des déficiences, l'équilibre assis sans appui est tenu mais précaire car a besoin de se tenir et d'instruction verbale lorsqu'on habille le haut par exemple. L'équilibre debout est maintenu avec l'aide d'une personne. Il présente un hémisyndrome sensitivo-moteur avec une atteinte plutôt proximale (M2) que distale (M3) pour le membre supérieur. Le membre inférieur est coté à M2 sauf pour les fléchisseurs plantaires et dorsaux de la cheville à M1 et il présente une diminution de la sensibilité posturale du MID. Mr. A. signale des douleurs au niveau du thorax et du flanc à droite.
Sur le plan cognitif, il présente des troubles attentionnels avec une difficulté à maintenir son attention sur la personne (regard) qui lui parle et à retenir les instructions. Il ne soutient pas une activité plus de 30 secondes. En outre il est très fatigable et baille souvent lors de son évaluation clinique. Finalement, il a des troubles du langage avec une aphasie d'élocution et de compréhension. Il est capable de répondre à des questions fermées et de réaliser des ordres semi-complexes lorsqu'il focalise son attention.

Fixer 1 objectif de traitement fonctionnel mesurable (en termes d'activités)

Objectifs de prise en charge pour les 2 prochaines semaines :

Physiothérapie:

1. Garder le casque hors du lit 30 min. 3x/jour (pas transferts et debout sans casque)
2. Réaliser le transfert assis-debout-assis seul sous surveillance rapprochée avec appui du MSG
3. Être capable de faire le transfert couché assis du côté sain
4. Tenir l'équilibre assis pendant l'habillage sans appui des membre supérieurs
5. Tenir l'équilibre debout 1 minutes sous surveillance avec appui du membre supérieur gauche devant un miroir.
6. Marcher 20 m avec aide uniquement pour l'équilibre (FAC 3)

Neuropsychologique:

1. Maintenir le contact visuel sur demande de manière systématique
2. Maintenir l'attention sur une cible en activité au moins 5x/séance pendant plus de 10 secondes
3. Poursuivre une cible de manière continue au moins 5x/ séance
4. Répondre à la commande systématiquement en contexte

Communication:

Utiliser un code de communication (questions fermées) fiable et systématique.

Ergothérapie:

1. Se laver le haut du corps avec guidance verbale de manière systématique
2. Mettre un t-shirt avec guidance verbale
3. Se raser avec guidance verbale

Fixer 2 sous-objectifs de traitement

1. Maintenir l'attention(regard) sur une activité/personne au moins 5x/séance pendant plus de 45 secondes pendant les instructions
2. Améliorer la force des stabilisateurs de hanche (extenseurs et abducteurs)
3. Améliorer la force des extenseurs du genou
4. Améliorer la force des fléchisseurs dorsaux de cheville

Démontrer une progression d'au moins 3 exercices permettant d'atteindre les objectifs fixés:

- Cognitif: Instructions claires et courtes, environnement calme, pas d'interférence attentionnelle, valider la compréhension, exercices explicites
- Progression: une fois que l'on obtient une attention suffisante pour que le patient comprenne et suive les instructions, faire une progression sur l'activité et une fois que l'activité est acquise faire une progression sur l'attention (introduire des distractions par exemple).

a) Assis sur table haute, se mettre debout les 2 pieds en arrière, diriger le regard sur une cible placée devant. Au début, physiothérapeute induit une mise en charge dans la direction de la jambe. Faire prendre conscience au patient de la mise en charge sur son MID.
b) Idem, assis sur table haute, se mettre debout avec MIG en avant par rapport au MID reculé
c) Idem, assis sur une table à hauteur normale, se mettre debout les 2 pieds en arrière et glisser les 2 mains en avant sur un support (faire glisser chiffon sur table)
d) Assis sur une table à hauteur normale, se mettre debout avec pied G en avant et glisser les 2 mains en avant sur un support (faire glisser chiffon sur table), puis faire augmenter la vitesse.
e) Assis sur un FRM, se mettre debout avec poussée de la main G sur l'accoudoir G et donner un repère sur une table devant lui où le patient doit amener sa tête, lui apprendre à lâcher la main (au signal du physio) et la mettre sur la table au décollement des fesses.

Exprimer des critères d'efficacité qualitatifs et/ou quantitatifs (échelles validées et exercices test-retest pour l'objectif fonctionnel et les sous-objectifs)

- Five time sit to stand
- Exercice assis-debout (critères d'efficacité)
- Maintenir l'attention sur thérapeute pendant les instructions

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. Pour la rééducation tester un appui pour l'équilibre debout et la marche (canne, bâton ….).