Haute École de Santé – Vaud

Vignettes « Maladie de Parkinson »

Cas clinique 1 :

M. R., 70 ans, maladie de parkinson depuis 20 ans, stade 4 de Hoehn and Yahr, pallidectomie D en 1987, stimulateur thalamique G en 1992, PTG en 2006, insuffisance rénale sur AINS, pompe à morphine en juin 2010 pour douleurs lombaire chronique sur discopathie et arthrose lombaire et cervicale, 2 enfants dont un toujours à domicile (étudiant), ancien architecte à la retraite.

Il est bien couvert par sa médication dopaminergique, mais signale des chutes en avant et sur le côté gauche, à répétitions le soir lorsqu'il doit aller se coucher. Ses chutes interviennent toujours au même endroit, 2 ou 3 m avant l'entrée de sa chambre où sa femme dort en général avant lui (lumière éteinte). Il se déplace dans son domicile sans moyen auxiliaire et à l'extérieur avec un rollator. Il est suivi en physiothérapie 1x/semaine depuis plusieurs années dans un cabinet spécialisé.

Au vu de la vidéo (https://hesav.ubicast.tv/videos/cas_clinique1_marche_baton-avec-freezing), quelle est votre hypothèse principale qui expliquerait ses chutes avant d'entrer dans sa chambre :

- Freezing au demi-tour, donc hypothèse à domicile : système attentionnel est perturbé (diminution espace et luminosité) donc enrayage cinétique.

Evaluation des déficiences :

- Equilibre : principalement on note un ralentissement des stratégies du centre de pression dans le plan sagittal, une absence de réactions de rattrapage vers l'avant et vers l'arrière.
- Bradykinésie : diminution d'amplitude et lenteur du mouvement généralisé (Ms's et MI's ddc),
- Troubles de la marche : freezing lors de la double tâche, passage dans un endroit étroit, ou changement de luminosité
- Force : extenseurs thoracique et lombaire à 2, extenseurs de hanche à 3-, extenseurs des genoux à 3, les autres sont côtés à 4
- Rigidité : Marquée au niveau des fléchisseurs du tronc, de la hanche et des genoux, gauche>droite.

Trouver les problèmes principaux (en termes de déficiences) du patient :

1. freezing provoquant des chutes
2. ajustement posturaux : absence de la stratégie du pas
3. faiblesse des extenseurs du tronc (G > D)
4. rigidité des fléchisseurs du tronc et de hanche et

Formuler 1 objectif de traitement en termes d'activité :

- Sécurité au passage de la porte de sa chambre sans moyen auxiliaire et sans lumière d'ici 6 semaines

Formuler 2 sous-objectifs en termes de déficiences et proposer une progression de 3 exercices pour chacun :

a. Abolir/Diminuer le nombre de freezing dans les espaces restreints et les changements de luminosité
    - Enseigner au patient pourquoi le freezing apparait
    - Recréer les conditions du freezing et travailler sur :
        - L'arrêt avant l'apparition du blocage, soit 3 m avant la porte : le patient doit changer de mode de gestion du mouvement afin de gérer l'élément déclencheur du freezing : l'arrêt permet de ne pas continuer avec le freezing.
        - Introduire une stratégie visuelle pour faciliter le mouvement qui suivra l'arrêt :
            - Mettre des bandes de couleurs (ou bâtons) avant et après le passage de porte
            - Expliquer au patient comment fonctionne cette stratégie et le faire marcher
            - Faire marcher le patient en le faisant respecter l'arrêt puis le passage au-dessus des bandes de couleurs (ou bâtons)
        - Diminuer le nombre de bandes avant le passage de la porte et faire marcher le patient en le faisant respecter l'arrêt puis passer par-dessus les bandes.
        - Ne garder si possible qu'une bande de couleur pour le seuil de la porte et faire répéter la séquence au patient.
    - Autres éléments de progression : changer la luminosité dans la pièce après le pas de porte, ajouter des éléments de distraction (parler au patient, bruit etc.) que le patient ne doit pas prendre en compte
    - Exécution de la tâche sans guidance verbale.

b. Rendre la réaction de rattrapage en avant efficace avec le MID (il penche sur la gauche) :
    - Travail de l'appui unipodal gauche avec changement des appuis du membre supérieur (une main, puis surface instable puis sans) et mouvement du membre inférieur droit en avant.
    - Utilisation d'un obstacle à enjamber et d'un anneau (indice visuel) comme cible pour le pas.
    - Utilisation que de l'obstacle à enjamber
    - Avec obstable : le patient avance son thorax jusqu'à ce que son sternum touche l amain du physio placée en avant (auto-déstabilitation) et déclenche le pas
    - Puis sans obstacle
    - Déstabilisation du physio et faire le pas (avec obstacle puis sans obstacle)
    - Sans indiçage, demander de marcher puis dire stop et patient doit faire le pas en avant.

- Sans indiçage, marcher et déstabilisation du physio

c. Maintenir la force des extenseurs du tronc et réguler la rigidité du tronc :
    - Couché en DD exercice avec un bâton vers l'extension et les rotations : attention à l'utilisation des coussins, et aux douleurs d'épaules (amplitude en flexion), utilisation d'élastique, exercice à domicile. Guidance manuelle du physio importante pour augmenter les amplitudes.
    - Assis en bord de table, physio derrière assis sur un ballon
    - Debout : idem

Exprimer des critères d'efficacité : l'échelle validée la plus adaptée et un exercice test-retest (pour l'objectif fonctionnel et/ou les sous-objectifs)

Echelle validée : Freezing of Gait Questionnaire

Test-retest :

a. Marcher entre des cônes distants de 1 mètres et voir combien de fois il freeze ou créer les conditions du freezing et compter sur 5 fois combien le patient présente de freezing
b. déstabiliser 5 fois le patient et compter le nombre de réactions juste

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)?

Bande de couleur sur les pas de porte ± bandes collantes au sol avant/après le pas de porte

Petites LED à mettre sur la prise à l'entrée de la chambre dans la partie sombre (peut être problématique pour le conjoint)