Vignette clinique - Paraplégique II

Patient de 35 ans, célibataire, habitait depuis plusieurs années en concubinage. Actuellement, le patient vit seul dans un appartement au premier étage sans ascenseur. L'appartement a une salle de bain avec douche uniquement, chambre, salon, cuisine. Pour l'accès du bâtiment, il y a une rampe raide, non praticable en chaise roulante.

Professionnel : en raison de bégaiement, il a eu une rente AI de 30%. Cette rente a été majorée il y a une dizaine d'années à 100% en raison de luxation habituelle de l'épaule D suite à des accidents de foot et chutes. Il travaille actuellement des objets d'art, de la sculpture et de la peinture. Il a eu un accident de voiture.

Diagnostic :

Paraplégie D10 complète ASIA A avec zone de préservation sensitive L2 gauche, L1 droite ; moteur D10 à droite et L2 à gauche

Fracture burst L1 avec fragment dans le canal médullaire, traité par fixation D11/D12 - L2

Fracture des apophyses transverses L1-2 ddc et L3 droite

Fracture des arcs latéraux de 5ème - 7ème côtes gauches, fracture des arcs antérieurs de la 2ème -9ème côtes droits, de l'arc postérieur de l9ème côte gauche

Pneumothorax gauche avec contusions pulmonaires et pneumatocèle ddc et mini-pneumothorax droit. Pneumonie du lobe inférieur gauche post intubation à Klebsiella pneumoniae

Corporectomie L1 avec discectomie D12/L1 et L1/L2, mise en place d'une cage Xpand; décompression du canal lombaire et mise en place d'une plaque D12/L2.

Bilan à 16 semaines :

Patient autonome pour ses AVQ. Transferts assis-assis sans planche sont effectués seul en toute sécurité. Le patient ne maîtrise pas complètement le maniement de la chaise roulante et désirerait pouvoir descendre au sol et remonter seul.

Force : activité musculaire au MIG (fléchisseur de hanche côtés à 2 au testing)

Objectifs de traitement : Remonter du sol sans l'aide d'une tierce personne.

Sous-objectifs

1. Apprentissage de la technique de descente et remontée au sol en travaillant 2 phases plus difficiles :

    - Passage du long sitting à accroupi

        1) Travail en long sitting avec genoux pliés, équilibre en touchant des cibles

2) Aide pour arriver en position accroupie, travail en position accroupie de l'équilibre et des stratégies de masse => faire avancer un MI, l'autre, reculer un MI puis l'autre

3) Travail du transfert vers la position accroupie avec deux petits appuis plus haut pour les MS

4) Travail du transfert complet

- Passage d'accroupi à sur la chaise

1) En position accroupie, demander au patient d'effectuer le mouvement de tête (apprentissage de la technique et faire sentir le mouvement)

2) Position accroupie de départ avec plot, effectuer le transfert sur un step à basse hauteur

3) Effectuer ensuite sur une caisse d'une hauteur plus importante

4) Progression :

- Faire la même hauteur sans plot
- Augmenter la hauteur avec plot puis finalement effectuer le transfert complet avec le plot.
- Finalement effectuer le transfert complet sans plot

- Démonstration au patient
- Détail des étapes : décomposer les différentes étapes (long sitting, venir en position accroupie, étudier et trouver la meilleure stratégie, le positionnement des mains, mettre en confiance, apprentissage de l'élan de tête)
- Lui faire effectuer le transfert FR-sol, puis sol-caisse (hauteur intermédiaire) et faire répéter, corriger le geste, la position des mains, améliorer l'élan de la tête, etc..
- Lui faire effectuer le transfert sol-caisse (hauteur plus importante)
- Effectuer le transfert sol-FR, répéter

2. Entretien force musculaire du quadriceps (permet d'aider de manière plus importante que les autres la remontée du sol)
3. Entretien force musculaire des fléchisseurs de hanche, adducteur et abducteur, fléchisseur du genou, FD/FP du pied, qui peuvent faciliter la venue accroupie
4. Entretien - amélioration mobilité articulaire (ici particulièrement besoin de flexion de hanche et genou pour la position accroupie)