Préparation et simulation d'examen

Vignette

Patient de 55 ans, mécanicien sur machine, à l'AI à 100% depuis 2 ans, dont le diagnostic de SEP primaire progressive a été posé il y a 5 ans. Son EDSS est coté à 6.0. Il aime aller promener son chien dehors et se rend 3 fois par semaine au fitness. Il reçoit de la physiothérapie 1 fois par semaine.

Le patient se plaint de troubles de l'équilibre et de problèmes mnésiques. Il est indépendant pour les activités de la vie quotidienne. Il marche une distance de 300 m avec une canne simple.

Au bilan, on retrouve un tonus normal dans les membres inférieurs. Il a des faiblesses importantes dans les membres inférieurs cotées à 3 pour la plupart des muscles, sauf pour les fléchisseurs dorsaux de chevilles à 2 et les extenseurs de genoux à 4. Les troubles de coordination des pieds sont importants, des genoux et hanches modérés et minimes au niveau du tronc. Il n'a aucun trouble de sensibilité.

A la marche, on observe une rigidité du tronc, sans dissociation des ceintures, ce qui donne l'impression d'une marche un peu robotique. A la phase oscillante, il a une petite tendance à lancer ses membres inférieurs en avant, à la phase d'appui ses genoux partent en hyperextension et un claquement des pieds est observable bien qu'il arrive encore à attaquer avec le talon.

Fixer

1. **1 objectif de traitement fonctionnel (en termes d'activités) et le justifier**

   Marcher 300 mètres seul en toute sécurité avec une canne simple à 6 mois (3 mois acceptés)

   Justification : Le patient souffre d'une forme primaire progressive. La maladie a donc tendance à progresser continuellement. Le maintien de ce périmètre à 3 mois constitue une lutte contre cette détérioration et représente du coup un objectif important. Sa cotation EDSS étant de 6.0, les enjeux liés au maintien de la marche le plus longtemps possible sont importants à ce stade. On fixe à 3 mois car en présence d'une maladie dégénérative on évalue à 3 ou 6 mois.

2. **2 sous-objectifs de traitement et les justifier (pourquoi cet objectif et pourquoi cette hiérarchisation)**

   a. Maintenir les capacités de coordination dans les hanches
   b. Maintenir la force des stabilisateurs de hanches

   Justification : Parmi les différents problèmes dont est atteint le patient en termes de déficiences, les troubles de la coordination et la faiblesse sont les plus importants. La coordination passe en premier car si les troubles augmentent, le patient devra dépendre d'un moyen auxiliaire plus important car le transfert de poids d'un MI à l'autre ne sera plus possible sans appui important. Les enjeux de ce maintien se situent au niveau des hanches pour permettre ce transfert du poids. Toutes les modifications de la marche décrites sont reliées à son ataxie. Ses faiblesses les plus importantes sont distales, et peuvent donc être considérées comme perdues…puisque la maladie a tendance à s'installer de distal à proximal. Les forces proximales sont très importantes pour maintenir cette capacité de marche, les stabilisateurs pour leur rôle dans le transfert du poids et la stabilité en unipodal. De plus, ces éléments sont fortement responsables des troubles de contrôle postural.

3. **Décrire une progression de 3 exercices**

    a. Coordination hanche :
        i. A genoux redressés, caisses de part et d'autre du patient, appui d'un MS sur une caisse, venir toucher une caisse avec le bassin à droite et à gauche
        ii. Avec appui d'un MS, faire un mouvement glissé sur un linge avec le genou et venir toucher une cible
        iii. Idem sans linge
        iv. Marche en avant sur les genoux
        v. Marche latérale sur les genoux (déplacer les caisses devant)
        vi. Faire venir en chevalier servant avec appui des MS et retour
        vii. En position debout : (mêmes exercices que i à v) dans les barres parallèles ou entre 2 chaises
        viii. En dynamique pendant la marche, venir toucher les barres parallèles
    b. Maintenir la force des stabilisateurs de hanches
        i. Debout, appui devant une table de traitement, faire glisser le pied controlatéral en avant/arrière sur un papier tout en gardant l'horizontalité du bassin
        ii. Même position, mettre le pied controlatéral sur une marche
        iii. Marcher latéralement
        iv. Marche croisée

4. **Proposer un moyen auxiliaire si nécessaire et le justifier**

    Orthèse tibiale pour assurer la stabilisation distale (pas besoin d'une orthèse sur mesure, car pas de spasticité).
    A moyen terme (pas pour tout de suite) : deux cannes (moins pratique pour déplacer des objets à l'intérieur) ou rollator pour faciliter la stabilisation du tronc

5. **Donner un critère d'efficacité quantitatif : une échelle validée**

    Test de marche de 6 minutes (Six Spot Step Test ou SARA acceptés)

6. **Donner un critère d'efficacité : exercice test-retest (fait maison)**

    Debout, déplacement complet du poids dans le plan frontal en chaîne fermée (éventuellement pèse-personne sous chaque pied pour objectiver le déplacement du poids ou mesurer la distance entre les 2 chaises entre lesquelles il doit déplacer son poids)

7. **Indiquer quatre paramètres adéquats pour modifier la difficulté d'un exercice : deux pour le simplifier, deux pour le complexifier (critères de progression) ; si le patient le réalise trop facilement ou n'y arrive pas (trop facile ou trop difficile pour lui)**

    Basé sur les exercices a i-iii, pour simplifier :

    - Appui des 2 MS
    - Diminuer l'écartement des caisses

    Pour complexifier :

    - Appui sur un coussin des MS
    - Appui d'un seul MS

- Sans appui des MS
- Tourner la tête de gauche et de droite pdt exercice (ajout perturbation vestibulaire et modifie répartition charge sur hanches)