

**MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
ECOLE DE KINESITHERAPIE DE NANCY**

**HEMIPLÉGIE GAUCHE
DE L'ADULTE**

**RAPPORT DE TRAVAIL ECRIT
PERSONNEL PRESENTE PAR
THOMAS PATRICE
EN VUE DE L'OBTENTION
DU DIPLOME D'ETAT
1991 - 1992**

S O M M A I R E

INTRODUCTION	p.	1
CHAPITRE 1		
<u>Rappels anatomiques et physiologiques</u>	p.	2
1) Rappel anatomique du système pyramidal.....	p.	3
2) Physiologie du système pyramidal.....	p.	4
3) Anatomopathologie de la lésion.....	p.	4
CHAPITRE 2		
<u>Bilan de départ du 15 septembre 1991</u>	p.	6
- Cutané trophique	p.	7
- Articulaire	p.	7
- Syndrome pyramidal	p.	8
- Troubles de la sensibilité	p.	9
- Les fonctions supérieures	p.	10
- Conclusions de bilan et buts du traitement.....	p.	12
CHAPITRE 3		
<u>Traitement mis en place du 15 septembre 91 au 30/10/91</u>	p.	13
I <u>Nursing</u>		
1) installation du patient au lit et au fauteuil.	p.	14
2) apprentissage des automobilisations	p.	15
3) Comment, pourquoi éviter un syndrome épaule main ?		16
II <u>Lutte contre les problèmes articulaires</u>	p.	17
III <u>Rééducation des troubles dus au syndrome pyramidal</u>		
- Lutte contre la spasticité	p.	17
- Lutte contre les troubles syncinétiques.....	p.	18
IV <u>Traitement des troubles de la sensibilité</u>	p.	21
V <u>Les troubles de fonctions supérieures</u>	p.	21
CHAPITRE 4		
Bilan du 30 octobre 1991 et résultats du traitement.....	p.	23
CONCLUSION	p.	24
BIBLIOGRAPHIE.....	p.	25

REMERCIEMENTS

Je remercie Monsieur le Docteur Delatte de m'avoir accepté dans son service de rééducation pour la durée de mon stage.

Je remercie aussi le personnel du service de rééducation et en particulier Monsieur Mazelin, moniteur cadre pour l'aide qu'ils m'ont apportée durant le stage et dans la réalisation de mon travail.

I N T R O D U C T I O N

Ce travail aura pour objet l'étude d'un cas clinique. Le patient est un homme âgé de 78 ans, il est droitier et s'est vu paralysé de son hémicorps gauche le 13 juillet 1991 à son domicile. Il est entré d'urgence à l'hôpital de Bar le Duc. Il a alors été diagnostiqué une hémiplégie gauche proportionnelle. Les examens complémentaires ont révélé au scanner une hypodensité de l'hémisphère droit due à une ischémie par trombose de l'artère sylvienne superficielle droite. Le patient souffre également d'une hypertension artérielle, d'un souffle systolique. A l'échodoppler, il sera noté de multiples plaques athéromateuses au niveau du siphon carotidien gauche et de la cérébrale moyenne gauche, plus les carotides internes droite et gauche. Le patient étant âgé, fatigable et présentant des problèmes cardiovasculaires, l'ensemble des objectifs de la rééducation seront à visée fonctionnelle et prendront en compte l'ensemble de ces problèmes. Le point de départ de ce travail est daté du 15 septembre 1991 soit deux mois après l'accident vasculaire cérébral. L'évolution du patient sera étudiée lors du traitement masso kinésithérapique.

CHAPITRE 1

+++++

RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

1) Rappel anatomique du système pyramidal

L'hémiplégie est un syndrome qui est la conséquence des perturbations suite à une lésion de la voie pyramidale unilatérale. Il serait bon d'effectuer un rappel anatomique du système pyramidal.

Le faisceau pyramidal relie le cortex cérébral aux cellules d'origine des nerfs moteurs. La voie pyramidale est croisée. Elle prend naissance au niveau du cortex dans les cellules pyramidales de Betz situées dans la couche V de la circonvolution frontale ascendante en avant de la scissure de Rolando. C'est l'aire motrice. De là, les fibres qui constituent le faisceau pyramidal se dirigent vers le tronc cérébral et la moelle, traversant successivement le centre ovale, la capsule interne où les fibres situées dans le genou prennent le nom de faisceau géniculé, le pied du pédoncule cérébral, le pied de la protubérance et les pyramides bulbaires. A la partie inférieure du bulbe, la plus grande partie des fibres croisent la ligne médiane et descendent dans la profondeur des cordons antérolatéraux ; un faible contingent gagne la moelle sans croiser la ligne médiane et descend à la partie antéro interne du cordon antéro latéral.

La terminaison du faisceau pyramidal est double. Les fibres qui entrent dans la constitution du faisceau géniculé quittent la voie pyramidale à différents étages du tronc cérébral pour gagner les noyaux moteurs des nerfs crâniens (III et IV dans le pédoncule cérébral, V, VI, VII dans la protubérance, IX, X, XI et XII dans le bulbe). Le contingent corticospinal se termine dans les neurones de la corne antérieure de la moelle, soit directement soit par l'intermédiaire de neurones intercalaires.

Quels sont donc les effets physiologiques de l'atteinte du système pyramidal ?

2) Physiologie du système pyramidal

Le rôle du système pyramidal entre directement dans l'activité motrice volontaire. Il a également une action de contrôle sur les autres types de motricité, en particulier la réflexe et l'automatique, en fait, dans le cas de ce patient hémiparétique, l'atteinte pyramidale se caractérise par l'association de signes déficitaires et des troubles liés aux activités motrices réflexes. Il faut savoir que l'atteinte du système pyramidal s'accompagne également d'une atteinte des voies ascendantes et des fonctions supérieures, que ces atteintes dépendent de l'ampleur et de la topographie de la lésion. Dans le cas de notre patient, il s'agit d'une ischémie par thrombose de l'artère superficielle droite.

3) Anatomopathologie de la lésion

L'ischémie est le plus souvent due à un accident vasculaire cérébral. Elle se traduit par une suppression de la circulation sanguine, liée à l'occlusion d'une artère (dans notre cas, artère sylvienne superficielle droite) qui entraîne un infarctus ou un ramollissement cérébral. En fait, l'artère cérébrale moyenne ou sylvienne superficielle qui provient de l'artère carotide interne est le lieu le plus fréquent d'occlusion. Dans les atteintes de sylviennes superficielles il existe des variations importantes dans l'apparition des signes neurologiques. Dans la plupart des cas, le thrombus est définitif et la lésion est donc certaine avec un infarctus nécrotique, ce qui explique l'hypodensité relevée au scanner chez notre patient. Les centres touchés seront ceux irrigués par l'artère sylvienne superficielle soit par ses branches profondes, la capsule interne à la partie antérieure et postéro supérieure, la partie externe du pallidum, le striatum (putamen et noyau caudé) à l'exception du segment inférieur de la tête du noyau caudé qui dépend de la cérébrale antérieure. Par ses branches superficielles : la presque totalité de la face externe du cerveau, à l'exception de l'extrémité antérieure et du bord supérieur qui dépendent de la cérébrale antérieure et du pôle postérieur qui dépendent de la cérébrale postérieure, elle irrigue aussi en partie les radiations optiques.

Il en découlera donc de nombreux signes cliniques dus à l'affection de tous ces centres.

Par exemple, comme nous le savons déjà, une hémiplégie controlatérale à la lésion qui est proportionnelle car affectant de façon égale le membre supérieur, le membre inférieur et la face ; elle est alors liée à l'atteinte de la capsule interne. L'hémianesthésie, controlatérale à la lésion, prédomine sur le membre supérieur et la face. Elle affecte la sensibilité superficielle (tact, thermo-algésie) et la sensibilité profonde. Elle peut entraîner une astéognosie par anesthésie.

On recherchera toujours le phénomène de l'extinction sensitive : au cours de stimulations simultanées et bilatérales, le sujet ne perçoit que celle qui est portée sur le côté sain.

L'hémianopsie latérale homonyme par atteinte des radiations optiques est également controlatérale à la lésion.

Une partie de ces troubles vont donc se retrouver dans le bilan.

CHAPITRE 2

+++++

BILAN DE DEPART DU 15 SEPTEMBRE 1991

Nom , prénom , âge 78 ans, le patient est né le 3 décembre 1913 .

Profession : retraité, ancien ouvrier agricole, situation de famille célibataire et vit seul.

Date du début de la maladie le 13 juillet 1991.

Latéralité droitier.

Il est bon de rappeler que notre patient a souffert d'une atteinte de son côté gauche à son domicile et que le diagnostic fut accident vasculaire cérébral par accident ischémique dû à une trombose de l'artère sylvienne superficielle droite entraînant une hémiplégie gauche proportionnelle se traduisant au scanner par une hypodensité de tout le territoire sylvien droit.

Les antécédents sont une hypertension artérielle et pollakiurie.

Le traitement médicamenteux est :

Fraxiparine	Aspegic
Sernien	Diantalvic
Cordarone	Mulatel

Cutané trophique

Pas de problème dans ce domaine si ce n'est une amyotrophie globale du côté hémiplégique .

Articulaire

Le bilan articulaire est effectué comparativement au côté sain. On note au membre supérieur gauche une limitation en abduction et rotation externe due à la douleur. Le coude a des amplitudes normales. On note une limitation en extension du poignet et des doigts ainsi qu'une difficulté à obtenir une flexion complète. Au membre inférieur gauche, on a une hanche limitée en rotation interne ainsi qu'un pied limité en flexion dorsale.

SYNDROME PYRAMIDAL

- La spasticité

On trouve une attitude en extension du membre inférieur et un membre supérieur flasque.

On a une spasticité présente aux membres inférieurs sur les adducteurs à V3 elle apparaît à 30° d'abduction de force 1. On a également une spasticité sur les fléchisseurs de genoux à 100° à V3 et de force 1. (voir feuille de test)

- les reflexes ostéo-tendineux sont vifs ;

- on note un signe de Babinski et un signe de Hoffman.

- La force musculaire

(voir feuille de test)

On remarque une absence de force musculaire au membre supérieur gauche en distale et une légère réponse en proximale. De même, au membre inférieur gauche on trouve une absence de force musculaire en distale mais une force en proximale oscillant entre 2 et 3.

- Les syncinésies

Au membre supérieur gauche, il y a une syncinésie d'extension lorsque l'on demande une rotation externe au patient.

Les troubles de la sensibilité

superficielle

- test chaud froid :

On utilise pour ce test deux éprouvettes, une d'eau chaude, une d'eau froide. Le patient ne sent pas les différences de température au niveau du membre supérieur et du membre inférieur gauche. Cependant, il les ressent légèrement en proximal au dessus du coude gauche.

- test du pic touche :

On demande au patient de fermer les yeux, on lui touche le bras, on lui demande s'il sent quelque chose, on obtient les mêmes résultats qu'au test chaud froid.

On prend deux pointes, on les applique sur la peau du patient l'une à côté de l'autre et on écarte les deux pointes, on demande alors au patient à quel moment il sent les deux pointes, (cet exercice n'a pas été compris par le patient)

profonde

Il y a de gros troubles de la sensibilité profonde, le patient ne trouve pas la position de ses doigts par rapport à la main ni la position de son coude dans l'espace, ceci en statique. En cinétique, il ne sent pas le déplacement de ses membres dans l'espace.

Les fonctions supérieures

On note une hémianopsie latérale homonyme du côté de l'hémiplégie ; elle est assez importante.

- au niveau des gnosies

(voir feuille de test)

- tactile :

difficile à dire car il y a des troubles de la sensibilité ;

- auditive :

situation de bilan incomprise, nous n'avons pas de réponse aux différents bruits émis.

- le patient a connaissance de sa maladie et de son hémicorps pathologique ;

- il reconnaît les objets et les formes, il a la notion des distances.

- troubles praxiques

D'imitation le patient suit un déplacement mais le mouvement est peu précis. On note un problème de persévération car le patient reste sur le premier exercice et ne passe pas au deuxième.

Aspect psychologique

Le patient coopère bien à la rééducation mais a quelques difficultés de compréhension.

Etat général

Le patient est très fatigable.

Bilan fonctionnel

Le patient est déplacé dans son fauteuil.

FEUILLE TEST DE BILAN MUSCULAIRE

BILAN MUSCULAIRE (NEUROLOGIE CENTRALE)

MEMBRE SUPERIEUR

MUSCLES		Date : Examineur :			
		For.	Ampl.	Syncinésies	Facilitation
Deltoïde	Ant.	3			
	Moyen	2			
	Post.	3			
D. ép.	Ant.	3			
	Post.	2			
Ext. ép.		2			
Int. ép.		3			
Scapulo dentelé		2			
Scapulo omoplate		2			
Fléch. av.-Bras		0			
Biceps		0			
Pronateurs		0			
Supinateurs		0			
Ext. poignet		0			
Fléch. poignet		0			
Fléch. doigts	P1	0			
	P2	0			
	P3	0			
Ext. doigts	P1	0			
	P2	0			
	P3	0			
Interos. dorsaux		0			
Interos. palm.		0			
Pouce	Lg fléch.	0			
	Crt fléch.	0			
	Lg ext.	0			
	Crt ext.	0			
	Lg abd.	0			
	Crt abd.	0			
	Opposant	0			
	Adducteur	0			

BILAN MUSCULAIRE (NEUROLOGIE CENTRALE)

MEMBRE INFÉRIEUR

MUSCLES	Pos.	Date : Examineur :			
		For.	Ampl.	Syncinésies	Facilitation
Grand fessier	DD	2			
	DV				
Moyen fessier	DD	1			
	DL				
Adducteurs	DD	2			
Rot. Ext. Hanche	DD	3			
	A				
Rot. int. Hanche	DD	3			
	A				
Psoas	DD	3			
	A				
Quadriceps	DD	3			
	A				
Fléch. Jambe	DD	3			
	DV				
J. ant.	DD	0			
	A				
Ext. com.	DD	0			
	A				
Ext. P.G.O.	DD	0			
	A				
Abd. pied	DD	0			
	A				
Triceps	DD	0			
	A				
J. Post.		0			
Carré des lomb.	DD	?			
Abdominaux	DD	3			
S.C.M.	DD	4			

FEUILLE TEST DE BILAN DE LA SPASTICITE

BILAN DE LA SPASTICITE

Nom :
Prénoms :
Accident du :

Date :
Examineur

Muscles	Position	V1		V2		V3	
		Ang	Int	Ang	Int	Ang	Int
Adducteurs épaule	DD						
	A						
Rf épaule	DD						
	A						
Fléchisseurs avant-bras	DD						
	A						
Triceps brachial	DD						
	A						
Pronateurs	DD						
	A						
Supinateurs	DD						
	A						
Palmaires	DD						
	A						
Radiaux	DD						
	A						
Fléchisseur sup. doigts	DD						
	A						
Fléchisseur prof. doigts	DD						
	A						
Long fléchisseur du I	DD						
	A						
Grand fessier	DD						
	A						
Adducteurs	DD					30	1
	A						
Quadriceps	DD						
	A						
Fléchisseurs jambe	DD					100	1
	A						
Triceps sural (genou en ext.)	DD						
	A						
Triceps sural (genou en flex.)	DD						
	A						

FEUILLE TEST DE BILAN DES TROUBLES GNOSIQUES

G N O S I E S

NOM : Prénom :

Diagnostic :

Date :

TACTILE

- * Primaire
- textures : carton
 plastique
 métal
 bois
 tissu
 laine
- comparaison : dur - mou
 lisse - rugueux
 pointu - arrondi....
- * Stérogénosie
 forme géométrique
 objets usuels
 (dé, bobine, clé, cuillère).

PROBLEMES - OBSERVATIONS

RAS

? can pbs de sensibilité

AUDITIVE

- localisation : d'où vient un son
- rythme : donner une suite avec
 un ou 2 éléments accen-
 tués.
- identification : trousseau de clé
 eau versée
 papier froissé
 son de verre
 frottement d'une allu-
 mette

?

situation de l'item
mon compise ?
vous de réponses avec différents matériaux

Images symboliques

formes géométriques
 - désignation
 - mettre des encastresments
 - mettre □ sur △ etc...

* objets stylisés :

- croix de Lorraine
- panneaux sur les routes,

* emblèmes et sigles :

- PTT, SS, RF, CPAM, MSA, TVA

Physionomies

- soi même dans le miroir,
- des proches,
- personnages célèbres,
- expressions, mimiques.

visuo-spatiale

Noter appréhension globale visuelle,
 noter exploration systématique de l'espace.

- image complexe à décrire,
- cubes kohis
- puzzles en 2 4 6 8 12...

figure - fond

- retrouver un objet dispersé au milieu de 12 objets,
- dessin des boeufs

ESPACE

- unilatéral :
 lire un journal,
 reproduire un dessin (Rey)
 écrire sur une feuille.

P R A X I E S (SUITE)

PRAXIE BUCCO-FACIALE

ORDRE ORAL	IMITATION	PROBLEMES OBSERVATIONS
<p>Souffle suite</p> <ul style="list-style-type: none"> - inspirer par le nez, expirer fort par la bouche, - faire 2 inspirations successives, puis 2 expirations par la bouche, - aspirer par la bouche et retenir son souffle, - 2 inspirations puis 2 expirations par le nez, - souffler la flamme d'une bougie, - souffler sur un papier pour l'envoyer loin, - siffler. 		
<p>Gestes faciaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - fermer les yeux, - ouvrir la bouche, - dilater les narines, - froncer les sourcils, - faire un clin d'oeil. 		
<p>Déglutition</p> <ul style="list-style-type: none"> - avaler sa salive, - avaler de l'eau. 		
<p>Gestes concomitants</p> <ul style="list-style-type: none"> - se racler la gorge (gargarisme), - tousser, - bruit du baiser, - imiter le bruit d'appel du chat, - imiter le bruit de désapprobation, - claquer la langue. 		

x Pb penser a l'?

Gestes transitifs, avec références

corporelles

- 1) se brosser les dents.
- 2) se peigner
- 3) mettre des lunettes
- 4) enfiler une bague
- 5) boire dans une tasse
- 6) mettre un gant
- 7) se mettre une chaîne au cou

Praxie constructive

- graphique exécuter des formes sur demande
- dessiner un bonhomme
 - dessins, difficultés croissantes
 - figure de Rey
 - faire le plan de la chambre

Ecriture

- formation des lettres
- reconstruire un mot (nom), spontané, copie
- écrire 2 lignes bien disposées sur une feuille
- former des chiffres
- poser une opération

Utilisation d'objets

- puzzle, plan 2 4 6 8 12.....
- puzzle, plusieurs niveaux (poule)
- puzzle casse tête (tortue)
- encastements plaques/formes géométriques.

Tr. des couleurs Rom.

			PROBLEMES
	RAS		

Nosognosie

- faire décrire une maladie,
 - ce qui ne va pas
- somatognosie
- discrimination
gauche - droite,
main D, oreille G.
 - traverser la ligne médiane du corps, chercher un objet à gauche ou à droite, suivre un déplacement du doigt latéralement.

✓
✓

✓

SIGNES GRAPHIQUES

Alexie

- lettres,
- chiffres,
- signes arithmétiques.

Alexie et agraphie

- écriture spontanée,
- copie, dessins,
- figure Rey

Dyslexie spatiale

- dessins, fruits superposés,
- lire un texte,
- texte en différentes colonnes.

✓
✓



FEUILLE TEST DE BILAN DES TROUBLES PRAXIQUES

P R A X I E S

NOM

AGE

Diagnostic

Date

Gestes à visée de communication

Apraxie idéo-motrice
(espace centré sur le corps)

- des gestes expressifs :
- signe d'adieu.....
- signe d'approche.....
- signe de se taire.....
- signe de sortir.....
- signe de menace.....

- des gestes à valeur conventionnelle
- salut militaire.....
- signe de croix.....
- pied de nez.....
- envoyer un baiser....
- bravo.....
- des gestes descriptifs
- tracer de la main un rond...
 1 triangle..
- des gestes limités : apraxie réflexive ou asomatopraxie

- * main levée
- * index levé
- * poing fermé
- * main abaissé verticalement
- * bras levé verticalement
- * bras étendu horizontalement
- * bras en angle droit
- * jambe étendue

RAS 00 I I PROBLEMES - OBSERVATIONS

X X X X X

00 I I
DG GD

OBSERVATIONS

PROBLEMES - OBSERVATIONS

00 I I

Suit le ~~mot~~ mais un peu par précision de placement

.../...

MACHOIRES

- ouvrir la bouche
- déporter la mâchoire de D à G
- claquer des dents
- se mordre un doigt
- abaisser la mâchoire inférieure, (sans décoller les lèvres), plusieurs fois de suite.

LEVRES

- propulser les lèvres en avant,
- pincer les lèvres l'une contre l'autre,
- montrer les dents en étirant les lèvres,
- serrer une barre entre les lèvres,
- mordre la lèvre inférieure,
- mordre la lèvre supérieure.

LANGUE

- tirer la langue,
- mettre la langue vers le nez,
- mettre la langue vers le menton,
- placer la langue à droite, commissure labiale,
- serrer la langue entre les dents,
- placer la langue devant les incisives inférieures,
- placer la langue devant les incisives supérieures,
- exécuter le geste de laper plusieurs fois de suite.

SOUFFLE RESPIRATION

- souffler par la bouche,
- inspirer expirer par le nez, très fort.

Conclusions de bilan et buts du traitement

Le patient est une personne âgée (78 ans) qui est fatigable et a des problèmes cardiovasculaires. Ce patient à la suite de son hémiparésie a perdu son autonomie.

Le traitement devra donc redonner à ce patient un maximum d'autonomie et tiendra bien entendu compte de son âge et de sa fatigabilité.

CHAPITRE 3

+++++

TRAITEMENT MIS EN PLACE DU 15 - 09 - 91 AU 30 - 10 - 91

PLAN DE TRAITEMENT

I Nursing

- 1 installation du patient au lit et au fauteuil
- 2 apprentissage des automobilisations et retournements
- 3 comment et pourquoi éviter un syndrome épaule main ?

II Lutte contre les problèmes articulaires

III Rééducation des troubles dus au syndrome pyramidal

- lutte contre la spasticité

- lutte contre les troubles syncinétiques et de la commande volontaire

IV Traitement des troubles de la sensibilité

V Les troubles des fonctions supérieures

I Nursing

=====

Le patient est à un stade flasque, le premier traitement mis en place sera le nursing ce qui permettra d'éviter les problèmes cutanés, les rétractions, les luxations, les troubles tromboemboliques.

1 installation du patient au lit et au fauteuil

2 apprentissage des automobilisations et retournements

3 comment et pourquoi éviter le syndrome épaule main ?

1 Installation du patient au lit et au fauteuil

a) installation du patient au lit

Au lit, le patient est couché sur le dos, la nuque placée en légère flexion latérale du côté gauche. La rétroposition de l'épaule est évitée par un petit coussin entre l'épaule et le lit. On essaiera de placer le bras et la main tendue si possible en supination pour positionner le patient en position d'inhibition de la spasticité et en éviter l'apparition. Au niveau du bassin et des membres inférieurs, notre patient a un schème d'extension avec supination du pied. On placera un coussin sous le bassin côté gauche hémiplégique pour le soutenir, de même, on mettra un coussin sous le genou pour maintenir le membre légèrement fléchi. Ainsi, on évitera une spasticité excessive en extension. On mettra également un coussin sous la tête des métatarsiens maintenant la cheville en flexion dorsale. Enfin, on veillera à ce que la table de nuit du patient, la télévision et le personnel soignant soient à la gauche de notre patient.

b) installation du patient au fauteuil

=====

On utilisera un fauteuil avec un accoudoir à gauche assez large ce qui permettra de supporter le membre supérieur sans le laisser glisser en dedans ou en dehors. Cet accoudoir sera assez long pour placer le bras en avant avec un coude en extension ce qui empêchera la rétroposition de l'épaule gauche. On placera la main et l'avant bras sur de la mousse qui maintiendra également les doigts en position étendue.

2 Apprentissage des automobilisations et retournements

- automobilisations

Le patient devra savoir mobiliser son membre supérieur gauche hémiparétique à l'aide du membre controlatéral. Il devra pour cela joindre les mains, doigts croisés et lever les bras, coudes en extension. Il bougera ensuite son membre d'un côté et de l'autre et effectuera des mouvements de circumduction. On apprendra également au patient à agripper la potence pour se remonter dans le lit avec l'aide du membre inférieur sain qui pourra maintenir le membre inférieur gauche en flexion pendant l'élévation. Le patient devra également être capable de faire le pont, ceci pour deux raisons, la première étant la possibilité donnée au patient de se remonter dans le lit, la deuxième étant de faciliter le travail du personnel soignant lors de la toilette et surtout lors du passage du plat bassin. Le patient devra pour cela plier le membre inférieur hémiparétique gauche en s'aidant du côté sain, il élèvera le bassin pour se remonter dans le lit en agrippant la potence à deux mains en croisant les doigts, il décollera les épaules et le bassin, tout en poussant sur ses jambes et tirant sur la potence pour se remonter.

- retournements

Passage de décubitus à une position de latérocubitus.
On demande au patient de maintenir son épaule et son bras gauche en avant, le coude en extension. Le membre inférieur gauche, quant à lui, est posé dans une position de demi-flexion. De là, le patient effectue un balancement de bras de côté et d'autre.

Le passage est démarré au niveau du membre supérieur et du tronc, le regard doit accompagner le mouvement car il entraîne la tête du côté où l'on désire aller. Une fois couché sur le côté sain, on fera attention à l'épaule hémiplegique, on mettra par exemple l'épaule en avant et le membre supérieur gauche en rotation externe, le tout maintenu par un coussin. On placera également un coussin entre les genoux en positionnant le membre inférieur hémiplegique en position d'inhibition en triple flexion. Une bonne installation et des retournements fréquents permettent d'éviter les problèmes d'escarres. Il faudra bien entendu effectuer également une surveillance cutanée des zones à risque qui sont l'occiput, les coudes, la pointe des omoplates, le sacrum, les grands trochanters, les ischions (pour les positions assises prolongées), les mollets et les talons, on effectuera un massage fréquent de ces zones. Une installation correcte permettra également d'éviter un syndrome épaule main.

3 Comment et pourquoi éviter un syndrome épaule main ?

Un patient hémiplegique doit être rééduqué le plus tôt possible, la rapidité de la mise en place de la rééducation influera sur la récupération du patient. Le syndrome épaule main ralentira la rééducation et ôtera des chances de récupération à notre patient. Pour éviter ce problème (déjà vu pour position couchée et au fauteuil) lors des levées, on fera en sorte de réduire la subluxation antéro inférieure de la tête humérale surtout du sus-épineux et du deltoïde. On utilisera pour réaliser cette réduction plusieurs moyens :

- strapping associé à une Stimulation Electrique Fonctionnelle ;
- écharpe
- attelle fixée à l'accoudoir du fauteuil roulant.

Il faudra également effectuer de bonnes prises lors des transferts par exemple lors d'un passage du lit au fauteuil, on devra maintenir l'épaule en bonne position. Pour cela on se place face au patient (qui au départ, est assis sur le lit). On bloque le membre inférieur hémiplegique au niveau du genou entre les deux jambes. Les membres supérieurs du patient sont mis sur les épaules du thérapeute qui, lui, empaume les omoplates du patient. Cette position permettra d'aider le patient à effectuer le transfert en protégeant l'épaule hémiplegique.

II Lutte contre les problèmes articulaires

Il sera fait un entretien articulaire des articulations n'ayant pas de perte d'amplitude. Celui-ci sera effectué par le patient lors de ses automobilisations mais aussi par le kinésithérapeute grâce à une mobilisation lente balayant toute l'amplitude articulaire. Sur les zones de réduction d'amplitude articulaire ayant été découvertes lors du bilan le kinésithérapeute effectuera des mobilisations passives, infra-douloureuses et allant vers l'ouverture articulaire.

Description d'une mobilisation passive sur le secteur limité de la rotation interne de la hanche gauche

Le patient est placé en décubitus, le kinésithérapeute se place du côté homolatéral au membre inférieur hémiplégique. Le membre inférieur est placé en flexion genou au zénith, la jambe est posée sur l'avant-bras homolatéral du kinésithérapeute qui empaume entre ses mains le genou gauche. Le kinésithérapeute amène alors le membre inférieur du patient en rotation interne infra-douloureuse maximale pour gagner en amplitude.

III Rééducation des troubles dus au syndrome pyramidal

- lutte contre la spasticité

Il faudra lors des exercices proposés au patient, faire attention à ne pas induire le recrutement de la spasticité. Pour cela, on veillera à rester sous le seuil de la spasticité.

De même, on placera le patient dans des positions d'inhibition de type Bobath. L'inhibition, à partir du membre supérieur gauche s'effectuera dans une position d'extension d'épaule, de coude, supination de l'avant bras et main ouverte avec une prise du kinésithérapeute sur le pouce et sur les deuxième et troisième phalanges des doigts. On veillera à ne pas stimuler la paume de la main.

Au membre inférieur, on ira vers une position de triple flexion (le schème du patient est en extension) avec une prise de main de la part du kinésithérapeute sur la tête des métatarsiens sans stimulation de la plante du pied. On utilisera la sollicitation de groupes musculaires antagonistes et étirements progressifs des groupes spastiques pour vaincre la spasticité.

- lutte contre les troubles syncinétiques et de la commande volontaire

Au départ, le patient ne peut se verticaliser ce qui en fait pose quelques problèmes. Par exemple, il ne prend pas appui sur son côté hémiplégique, il voit ce qui l'entoure de sa position allongée, ce qui n'est pas très bon compte tenu des troubles des fonctions supérieures. Des problèmes digestifs et circulatoires peuvent aussi apparaître. Pour ces raisons, le patient est dans un premier temps verticalisé. On vérifiera la présence de bas de contention aux membres inférieurs de type tuligripp. Le patient est placé au verticalisateur, son membre supérieur gauche est placé devant lui pour qu'il le voit et on place un petit coussin derrière son genou gauche pour éviter une position en recurvatum. Il sera proposé au patient des exercices qui tiendront compte de l'évolution de sa récupération. Ces exercices seront proposés au sol ou sur table de Bobath et seront réalisés à l'aide de position de Niveau d'Evolution Moteur.

- Exercices proposés en décubitus pour le travail du membre inférieur gauche :

Le patient est en décubitus, un coussin placé sous la tête, il regarde son côté gauche, le membre inférieur gauche est placé en flexion qui est la position d'inhibition. Une patinette est placée sous son pied gauche pour obtenir une surface de glissement. On demande alors au patient de laisser glisser son membre inférieur vers l'extension tout en contrôlant la chute. Lorsque le membre chute brutalement, le thérapeute le replace à un degré de flexion un peu supérieur au point de chute et demande un contrôle de la position au patient. Une fois que l'exercice est réalisé dans toute son amplitude, on place la hanche du patient en extension avec la jambe pendante au bord de la table et de même on demande au patient d'aller vers l'extension de genou. Cet exercice permet donc d'obtenir une amélioration de la commande volontaire du patient tout en ayant un contrôle possible du

Kinésithérapeute sur les syncinésies.

- Exercice proposé en latérocubitus pour le travail du membre supérieur gauche :

On pourra faire effectuer au patient un exercice de rééducation postural alors que le thérapeute en profitera pour effectuer une mobilisation de l'omoplate. Le patient est en décubitus latéral, le bras hémiparalysé en appui sur un coussin cylindrique. La paume de la main est placée au zénith, l'avant bras en supination, le coude en extension, on demande au patient de faire rouler le coussin en avant et en arrière, bras tendu, on obtient ainsi une antépulsion et une rétropulsion d'épaule. Le kinésithérapeute qui est placé derrière le patient en profite pour libérer l'omoplate en accompagnant et en guidant le mouvement. En progression, on pourra proposer également au patient un exercice avec un bâton. Le patient est en latérocubitus, côté sain, on place devant lui un bâton oblique de bas en haut. On demande au patient de faire glisser sa main sur le bâton, bras tendu. On peut aider le patient puis le laisser le faire seul. Lorsque le patient est capable de réaliser l'exercice on lui demande la même chose avec cette fois-ci la main sous le bâton.

- En position assise

Le kinésithérapeute place un coussin triangulaire assez large sous le bras gauche du patient ce qui offre une surface de glissement. Le bras du patient est maintenu en extension supination paume de la main au zénith. On place ensuite deux points, l'un antérieur, l'autre postérieur sur le plan de glissement, ce qui donnera un but à atteindre au patient.

- Pour le membre inférieur

On place un skate board sous le pied du patient et on lui demande d'avancer et de reculer le skate board ce qui sera effectué grâce à une extension et une flexion de genou. On vérifie alors qu'il y a bien un contrôle de toute l'amplitude sans recrutement de la spasticité. On ira donc au fur et à mesure vers un contrôle du schéma d'extension.

- Pour le tronc

Il sera effectué un exercice ayant pour but de faire prendre appui au patient sur son côté hémiparalysé. Le patient est assis sur un plan de Bobath et on lui demande de se déplacer en reculant, une fesse après l'autre puis de revenir à la position de départ de la même façon. On demandera également un déplacement latéral qui sera effectué de la même manière.

- Passage assis à la position debout

Le but de cet exercice est d'obtenir un bon appui sur le côté hémiparalysé du patient lors du passage assis à debout. Le patient se trouve au départ assis sur une table de Bobath, le kinésithérapeute est face à lui. Il lui demande de croiser les doigts et de mettre son membre inférieur sain en arrière du membre hémiparalysé, ce qui l'obligera à effectuer un appui sur le membre pathologique lors du lever. Le kinésithérapeute demande ensuite au patient de se lever et de venir avec ses mains toucher un point cible qui sera placé du côté hémiparalysé et sera écarté de plus en plus pour obliger le patient à prendre appui sur sa jambe hémiparalysée.

- La marche

On utilisera une orthèse en thermoformable pour relever le pied gauche du patient et ainsi se substituer aux releveurs du pied. Le pied sera ainsi maintenu à zéro degré de flexion dorsale. Le patient conservera son bas de contention et portera une écharpe pour maintenir le membre supérieur gauche. On effectue un entraînement du sujet pour les deux phases de la marche qui sont la phase d'appui et la phase oscillante. On travaillera l'équilibre et le contrôle du genou.

A la phase d'appui, on va travailler le transfert du centre de gravité du côté hémiparalysé, pour cela on place le patient debout, pieds joints. Le kinésithérapeute demande alors au patient le transfert, côté hémiparalysé qu'il effectuera au début avec l'aide du kinésithérapeute puis en progression contre résistance. On effectuera les mêmes exercices en fentes avant et arrière.

A la phase oscillante, on demandera au patient d'effectuer un pas sans élévation de bassin. Le kinésithérapeute guidera lors de la marche le déplacement du bassin et en particulier les rotations de hanche en mettant des résistances extéroceptives sur les épines iliaques antéro-supérieure et postéro-supérieure. Une fois que le patient aura intégré les différentes phases et qu'il sera capable d'effectuer des allers et retours dans les barres parallèles sans trop de fatigue, on le fera marcher avec une canne tripode.

IV Traitement des troubles de la sensibilité

On aidera la récupération des différentes sensibilités :

- pour la sensibilité superficielle

on utilisera l'exercice du petit théâtre consistant à cacher de la vue du patient des objets de formes et de textures différentes qu'on lui fera toucher en lui demandant ce qu'il ressent.

- pour la sensibilité profonde

on pourra par exemple utiliser les mobilisations passives et demander au patient la position de ses différents segments de membres.

V Les troubles de fonctions supérieures

Ils seront travaillés principalement en ergothérapie et lors des différents exercices qui seront réalisés.

CHAPITRE 4

+++++

BILAN DU 30 - 10 - 91

RESULTATS DU TRAITEMENT

Il ne sera noté lors de ce bilan que les variations ayant eu lieu depuis le bilan de départ du 15 septembre 1991.

Articulaire

On note une diminution de la douleur d'épaule qui nous permet d'atteindre de plus grandes amplitudes d'abduction et de rotation externe.

Syndrome pyramidal

- la spasticité reste faible et peu gênante

- la commande volontaire (voir feuille test)

Le membre supérieur gauche n'a toujours pas évolué, il est flasque en distale. On note pourtant un meilleur contrôle de la région proximale. Le membre inférieur gauche quant à lui a bien évolué puisque la cotation de ses groupes musculaires proximaux oscillent entre 3 et 4, néanmoins, on a toujours une absence de force musculaire en distale, en particulier sur les releveurs.

Les fonctions supérieures

Il y a une amélioration, notamment au niveau de la perception de son hémichamp de vision gauche.

Fonctionnel

Le patient peut désormais se déplacer sur une distance d'environ soixante mètres à l'aide d'une canne tripode et son équilibre est bon. Le patient n'en reste pour autant pas moins fatigable, ce qui l'oblige à réaliser de nombreuses poses et à conserver le fauteuil roulant pour les trajets trop longs.

FEUILLE TEST DE BILAN MUSCULAIRE

BILAN MUSCULAIRE (NEUROLOGIE CENTRALE)

MEMBRE SUPERIEUR

MUSCLES		Date : Examineur :			
		For.	Ampl.	Syncinésies	Facilitation
Trapezoïde	Ant.	3			
	Moyen	3			
	Post.	3			
M. d. ép.	Ant.	3			
	Post.	3			
M. t. ext. ép.		2			
M. t. int. ép.		3			
M. dentelé		2			
M. d. omoplate		3			
M. fléch. av.-Bras		0			
M. biceps		0			
M. pronateurs		0			
M. supinateurs		0			
M. ext. poignet		0			
M. fléch. poignet		0			
M. fléch. doigts	P1	0			
	P2	0			
	P3	0			
M. ext. doigts	P1	0			
	P2	0			
	P3	0			
M. interos. dorsaux		0			
M. interos. palm.		0			
Pouce	Lg fléch.	0			
	Crt fléch.	0			
	Lg ext.	0			
	Crt ext.	0			
	Lg abd.	0			
	Crt abd.	0			
	Opposant	0			
	Adducteur	0			

BILAN MUSCULAIRE (NEUROLOGIE CENTRALE)

MEMBRE INFÉRIEUR

MUSCLES	Pos.	Date : Examineur :			
		For.	Ampl.	Syncinésies	Facilitation
and fessier	DD	3			
	DV				
en fessier	DD	3			
	DL				
ducteurs	DD	4			
. Ext.	DD	3			
	A				
nche	DD	4			
	A				
oas	DD	3			
	A				
adriceps	DD	4			
	A				
sch. mbe	DD	4			
	DV				
ant.	DD	0			
	A				
t. com.	DD	0			
	A				
t. P.G.O.	DD	0			
	A				
d. pied	DD	0			
	A				
iceps	DD	0			
	A				
Post.		0			
rré des lomb.	DD	3			
dominaux	DD	3			
C.M.	DD	4			

C O N C L U S I O N

Le patient qui est âgé de 78 ans a subit une hémiplégie gauche proportionnelle due à une trombose de l'artère sylvienne superficielle à son domicile. Il a alors été pris en charge à l'Hôpital de Bar-le-Duc où il a effectué sa rééducation. Cette rééducation devait prendre en compte l'âge du patient, ses problèmes cardiovasculaires et sa fatigabilité. Son but majeur étant de rendre la meilleure autonomie possible à ce patient dans les activités de la vie journalière. L'autonomie acquise par le patient lors de sa rééducation lui a permis d'intégrer le centre de soins de Bar-le-Duc.

B I B L I O G R A P H I E

- Principaux syndromes neurologiques : Jean de Recondo
- La rééducation de l'adulte hémiplégique : B. Bobath
- Le patient hémiplégique, principe de rééducation : M. Johnstone
- La rééducation de la marche chez l'hémiplégique : J. P. Ribeyre
- La rééducation du membre supérieur hémiplégique : Y. Pickart
Y. Rabasse