

Généralités sur le Blessé Médullaire (BM), Parkinson et les pathologies cérébelleuses

1. Blessé Médullaire

Le score spécifique du BM, pour mesurer le handicap **moteur et sensitif**, c'est le score **ASIA**.

Évaluation motrice		Score ASIA		Évaluation sensitive	
D	G	Identité du patient		Toucher	Piqûre
C2		Date de l'examen : / /		C2	
C3		Niveau neurologique : Sensitif : droite / gauche		C3	
C4		Motricité : droite / gauche		C4	
C5		"Segment le plus caudal ayant une fonction normale"		C5	
C6		Lesion médullaire : Complete ou Incomplete		C6	
C7		Caractère incomplet défini par une motricité ou une sensibilité		C7	
C8		du territoire S4-S5		C8	
T1		Échelle d'acromie ASIA : A B C D E		T1	
T2		A = complete : aucune motricité ou sensibilité dans le		T2	
T3		territoire S4-S5		T3	
T4		B = incomplete : la sensibilité mais pas la motricité est		T4	
T5		préservée au-dessous du niveau lésionnel, en particulier		T5	
T6		dans le territoire S4-S5		T6	
T7		C = incomplete : la motricité est préservée au-dessous		T7	
T8		du niveau lésionnel et plus de la moitié des muscles testés		T8	
T9		au-dessous de ce niveau a un score > 3		T9	
T10		D = incomplete : la motricité est préservée au-dessous du		T10	
T11		niveau lésionnel et au moins la moitié des muscles testés		T11	
T12		au-dessous du niveau a un score > 3		T12	
L1		E = normale : la sensibilité et la motricité sont normales		L1	
L2		Préservation partielle : Sensitif : droite / gauche		L2	
L3		Motricité : droite / gauche		L3	
L4		*** Extension caudale des segments partiellement int...		L4	
L5		Syndrome clinique : Centromédullaire		L5	
S1		Brown-Sequard		S1	
S2		Mielite antérieure		S2	
S3		Cône terminal		S3	
S4-S5				S4-S5	

Score «motricité» : /100
Contraction anale : oui/non

Score «toucher» : /112
Score «piqûre» : /112
Sensibilité anale : oui/non

0 = absence
1 = brève
2 = normale
NT, non testable

Le patient BM est un patient qui a eu un **traumatisme de la moelle épinière à plusieurs niveaux**, plus le niveau cervical est **haut**, plus la gravité est **grande**.

Tétraplégique = atteinte des 4 membres

Paraplégique = atteinte des 2 membres inférieurs

Autre bilan indispensable c'est la mesure de l'**échelle assise**.

On regarde : Comment est le patient ? A quel niveau il en est ? Comment il tient cette position assise ?

0	Ne tient pas assis sans dossier
1	Le sujet est capable de se tenir assis sans dossier, les mains sur les genoux et de porter celles-ci simultanément sur les crêtes iliaques.
2	Assis, bras en abduction à 90°, il fléchit alternativement les avant-bras en portant la main sur le moignon de l'épaule.
3	Même position que le 2, puis il élève simultanément les 2 bras à la verticale, les redescend horizontalement devant lui et revient à la position de départ.
4	Même exercice que le 3, mais exécuté en sens inverse : les bras sont d'abord portés en avant puis à la verticale et redescendus en position de départ : bras en abduction à 90°
5	Bras en abduction à 90°. En conservant cette position annexe des bras : rotation du tronc à droite et à gauche (Les épaules tournent en même temps que le tronc)
6	Même exercice mais les bras étant à la verticale

Ce test **spécifique** va permettre d'avoir un visuel sur la capacité à se tenir assis d'un BM, et aussi de lui adapter un fauteuil qui va lui permettre d'avoir un **maximum d'autonomie** tout en utilisant son **maximum de récupération**.

Tableau des différents réflexes

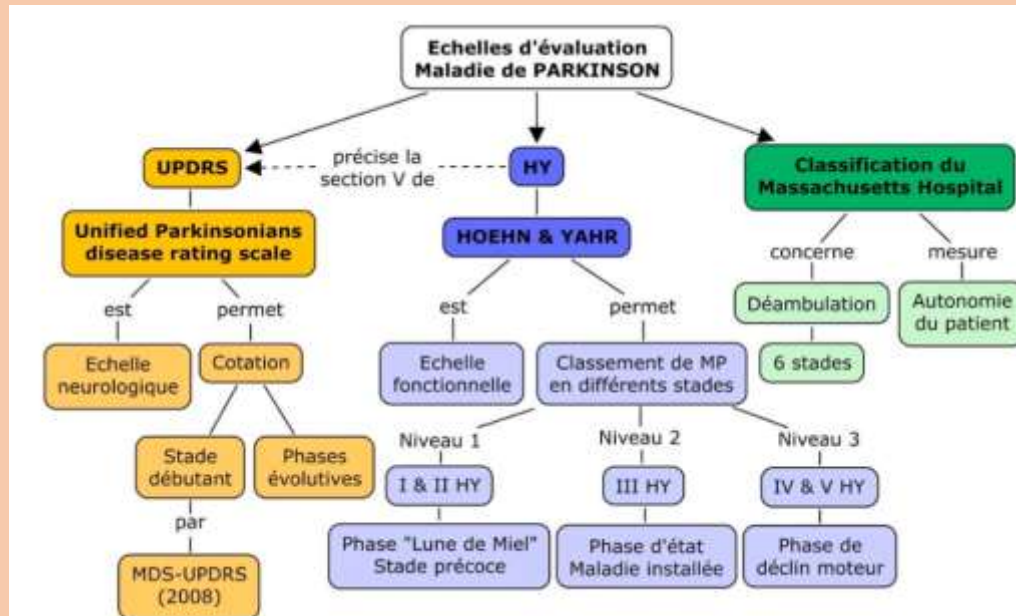
Le prof indique dans sa vidéo que ce tableau est «absolument à savoir pour la L2», «à quoi servent les réflexes», «comment on les test», «quel niveau métamérique on utilise lors des principaux réflexes»

Principaux réflexes	Technique de recherche Percussions au niveau de :	Niveaux métamériques	Réponses attendue
Sterno-cléido-mastoïdien	Insertion claviculaire	C3-C4	Contraction visible du muscle
Coracoïdien	gouttière delto-pectorale	C5	Adduction, antépulsion du bras
Bicipital	Tendon au pli du coude	C5	Flexion de l'avant-bras
Stylo-radial	Tendon du muscle brachio-radial à la partie inférieure et latérale de l'avant-bras	C6	Flexion de l'avant-bras en demi-pronation
Tricipital	Au-dessus de l'olécrane	C7	Extension de l'avant-bras
Ulna-pronateur	Au niveau du processus styloïde de l'ulna	C8	Pronation de l'avant-bras
Fléchisseurs	Tendons au niveau du poignet	C8-T1	Flexion des doigts dans la main
Adducteurs	Tendons du chef inférieur ou médial, tubérosité médiale du genou	L2-L3	Adduction de la cuisse
Quadriceps ou patellaire	Ligament patellaire (tendon)	L3-L4	Extension de la jambe
Achilléen	Tendon calcanéen (tendon d'Achille)	S1	Extension de la cheville



2. Parkinson

Le prof n'utilise qu'une carte mentale pour illustrer toute la partie sur la maladie de Parkinson :,)



L'**échelle HOEHN & YAHR** est utilisée par tous les médecins, elle permet de **quantifier le stade en 5 niveaux** médicales d'évolution du patient puisqu'il s'agit dans la maladie de Parkinson d'une pathologie chronique et l'action du kinésithérapeute c'est d'**optimiser la fonction existante et de ralentir au maximum l'évolution de la maladie**.

On découpe cette échelle en 3 niveaux, ils vont permettre d'avoir **3 phases** pour se repérer dans la maladie :

- Une **phase de départ**, stade précoce de la maladie qu'on appelle "Lune de Miel"
- Une **phase intermédiaire**, qui dure beaucoup plus longtemps, on dit que la maladie est installée
- Une **phase de déclin moteur**, qui va vers la grabatisation du patient

Cette pathologie a comme "avantage" d'avoir une **échelle extrêmement précise** de toutes les déficiences, les incapacités et les désavantages que le patient peut présenter, c'est l'**UPDRS** (Unified Parkinsonians Disease Rating Scale).

C'est une échelle neurologique qui va permettre des cotations du **stade débutant** comme des différents **stades d'évolution** de la maladie. L'UPDRS est une échelle de choix, pour tous les patients, **de la prise en charge rééducative**, elle doit être systématiquement réalisée et suivie au fur et à mesure de la prise en charge.



Moins utilisée en France, la Classification du Massachusetts Hospital (établissement spécialisé dans la prise en charge des maladies de Parkinson), concerne plutôt la déambulation. Elle propose une classification en **6 stades** et mesure aussi l'autonomie du patient à un moment donné.

3. Pathologies cérébelleuses

Pour l'évaluation du patient cérébelleux, on retient la cotation du GRECKO. Cette cotation va permettre de déterminer **un bilan des troubles liés à l'atteinte cérébelleuse**. Il s'agit d'une cotation de **0 à 5** :

Cotation du GRECKO

- 0 → déficience ou incapacité non testée
- 1 → pas de déficience et pas d'incapacité
- 2 → déficience et incapacité visibles par un spécialiste
- 3 → déficience ou incapacité visible par tous mais permet la fonction
- 4 → déficience ou incapacité interdisant une partie de la fonction
- 5 → déficience ou incapacité interdisant toute la fonction

On peut se repérer dans ces pathologies évolutives grâce à ces cotations, on peut être stoppé à un stade, ça nous donne les capacités d'autonomie du patient.

Cette cotation du GRECKO se signifie plus spécifiquement au niveau des signes cliniques, quels sont les troubles présents, à quelle intensité, ... ? on reprend la cotation précédente pour **déterminer un chiffre à une déficience** pour pouvoir **coter la gravité** de la pathologie du patient.

<u>SIGNES DU SYNDROME CEREBELLEUX</u>	<u>MEMBRES INFERIEURS</u>
TREMBLEMENTS	3
HYPERMETRIE	3
ASYNERGIE	2
DYSCHRONOMETRIE	1
ADIADOCOCINESIE	2
HYPOTONIE	2



Ces signes sont les signes cliniques de déficience des patients cérébelleux.



*Le prof dit dans sa vidéo "qu'il faut connaître les définitions et les spécificités de ces déficiences en lien avec ces pathologies cérébelleuses". Je vous mets les définitions de chaque déficience à titre informatif, je rappelle que le prof ne peut faire tomber à l'examen ce qu'il dit dans sa vidéo, ce qui est écrit sur son diapo ou ce qu'il dit dans ses cours en présentiel (**important ++ d'y aller !!**). Il n'indique les définitions ni à l'oral ni sur son diapo donc n'allez pas apprendre par cœur des choses qui ne peuvent pas tomber ! <3*

Tremblements = tremblements au repos, lorsque la partie du corps concernée ne participe à aucun mouvement, si la personne initie un mouvement les tremblements cessent

Hypermétrie = altération de la gestion des paramètres spatiaux du mouvement volontaire

Asynergie = trouble de coordination des mouvements élémentaires, d'origine cérébrale

Dyschronométrie = trouble de coordination des mouvements, qui sont exagérés et dépassent toujours leur but

Adiadococinésie = impossibilité ou difficulté d'exécuter des mouvements alternatifs rapides

Hypotonie = insuffisance de tonicité musculaire

Test de TROUILLAS

Il fait partie de l'arsenal de mesure adapté au patient neurologique.

Ce test précise qu'il faut :

- **Dater** les examens (initial et final)
- **Nom, Age, Latéralité** (droitier ou gaucher)
- Il s'agit d'un **score /100 points** → permet de mesurer les troubles avec **beaucoup plus de sensibilité** que le test du GRECKO

Voilà c'est la fin de la neuro, si vous avez des questions ou besoin de précisions vous pouvez bien évidemment le dire sur le forum ou sur discord (mais faut quand même privilégier le fofo ;)). Des bisous <3

