

GENERALITES SUR LE BLESSE MEDULAIRE (BM), PARKINSON ET LES PATHOLOGIES CEREBELLEUSES

1- BLESSE MEDULAIRE

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

Évaluation motrice		Score ASIA		Identité du patient	
C2	D	Date de l'examen			
C3	G	Niveau neurologique		Sensitif droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/>	
C4		Moteur droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/>			
C5		*Segment le plus caudal ayant une fonction normale			
C6		Lésion médullaire**		Complete ou Incomplete	
C7		** Caractère incomplet défini par une motricité ou une sensibilité au territoire S4-S5			
C8		Echelle d'armature ASIA: A B C D E			
T1		A = complète : aucune motricité ou sensibilité dans le territoire S4-S5			
T2		B = incomplète : la sensibilité mais pas la motricité est préservée au-dessus du niveau lésionnel, en particulier dans le territoire S4-S5			
T3		C = incomplète : la motricité est préservée au-dessus du niveau lésionnel et plus de la moitié des muscles testés au-dessus de ce niveau a un score < 3			
T4		D = incomplète : la motricité est préservée au-dessus du niveau lésionnel et au moins la moitié des muscles testés au-dessus du niveau a un score > 3			
T5		E = normale : la sensibilité et la motricité sont normales			
T6		Préservation partielle***		Sensitif droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/>	
T7		Moteur droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/>			
T8		*** Extension caudale des segments partiellement atteints			
T9		Syndrome clinique :		Contra-médullaire <input type="checkbox"/>	
T10				Brown-Séquard <input type="checkbox"/>	
T11				Moelle antérieure <input type="checkbox"/>	
T12				Cône terminal <input type="checkbox"/>	
L1		Score « motricité » : /100			
L2		Contraction anale : oui/non			
L3		Flexion de la hanche			
L4		Extension du genou			
L5		Dorsiflexion de cheville			
S1		Extension du gros orteil			
S2		Flexion plantaire de cheville			
S3					
S4-5					

Évaluation sensitive

Toucher		Piqûre	
D	G	D	G
C2		C2	
C3		C3	
C4		C4	
C5		C5	
C6		C6	
C7		C7	
C8		C8	
T1		T1	
T2		T2	
T3		T3	
T4		T4	
T5		T5	
T6		T6	
T7		T7	
T8		T8	
T9		T9	
T10		T10	
T11		T11	
T12		T12	
L1		L1	
L2		L2	
L3		L3	
L4		L4	
L5		L5	
S1		S1	
S2		S2	
S3		S3	
S4-5		S4-5	

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



« Mais, au fait, c'est quoi un blessé médullaire ?! »

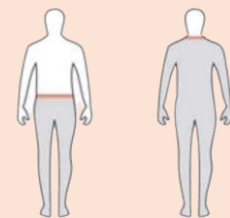


Le patient BM est un patient qui a eu un **traumatisme de la moelle épinière** à plusieurs niveaux, plus le niveau cervical est haut, plus la gravité est grande.

Quelle est la différence entre paraplégique et tétraplégique ??

Tétraplégique = atteinte des **4 membres** (tétra signifie 4)

Paraplégique = atteinte des **2 membres inférieurs**



Paraplégique tétraplégique

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

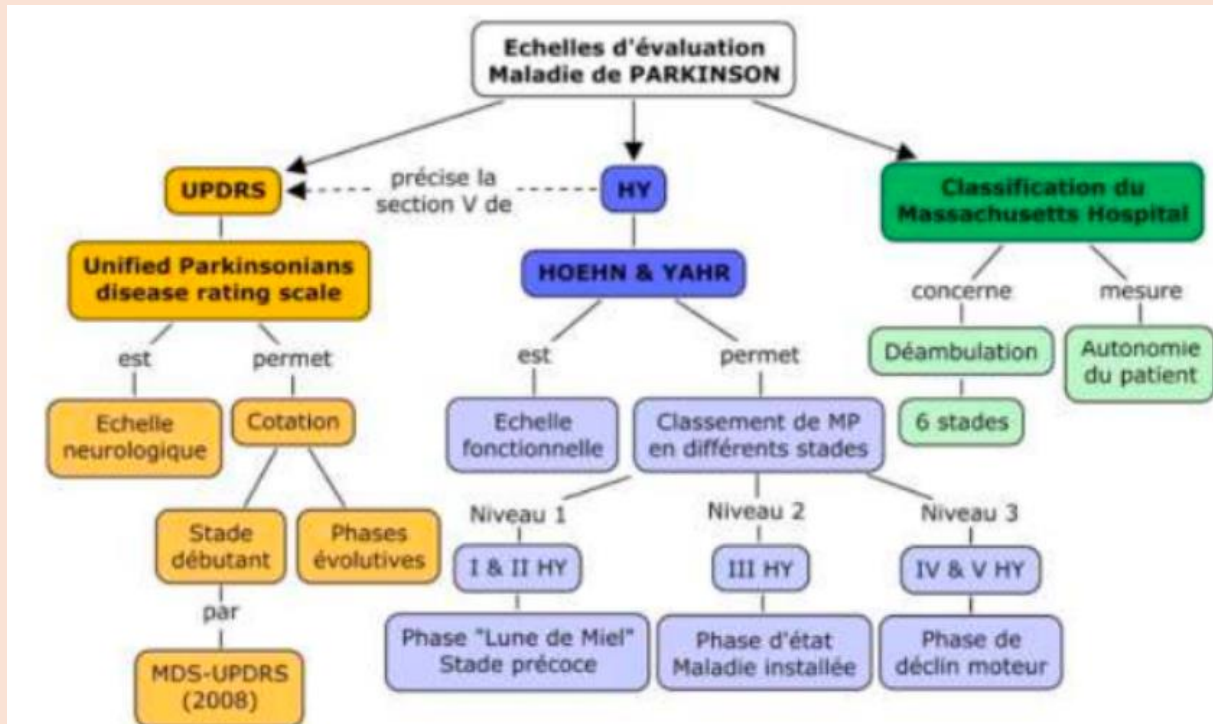
Ce test spécifique va permettre d'avoir un visuel sur la **capacité à se tenir assis** d'un BM, et aussi de lui adapter un fauteuil qui va lui permettre d'avoir un maximum d'autonomie tout en utilisant son maximum de récupération.

Tableau des différents réflexes

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
Quadricipital 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



«Mais, qu'est ce que l'échelle HOEN & YAHR ? »



L'échelle HOEN & YAHR est utilisée par tous les médecins, elle permet de quantifier le stade en 5 niveaux médicaux 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.

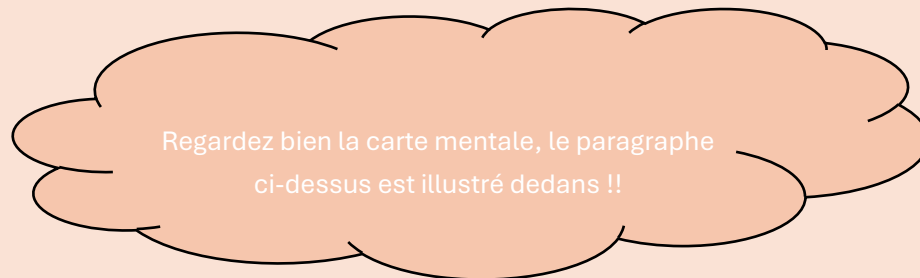
On découpe cette échelle en 3 niveaux, ils vont permettre d'avoir 3 phases pour se repérer dans la maladie :

- 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.

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

LES DEFINITIONS CI-DESSOUS SONT A TITRE INFORMATIVES

- **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 sur **100 points** → permet de mesurer les troubles **avec beaucoup plus de sensibilité** que le test de GRECKO



ET MAINTENANT PLACE AUX DEDIIIIIIIS

- Dédi à ma petite sœur Capucine qui m'a trouvé des drôles de mémo pendant ma P1 (pour les formules de physique des fluides), et qui m'apportait mon petit gouter pour me remonter le moral
- Dédis à mes parents qui sont devenus mes chauffeurs privés pour éviter de perdre trop de temps en allant à la fac
- Dédis à ma maman qui me chouchoutait en P1
- Dédis à mes grands parents qui volaient la nourriture des repas de famille pour me garder ma part (c'était génial j'avais double portion de tartiflette). Pour info ma grand-mère a quand meme repris ce qu'elle venait de servir à ma tante pour me faire un plat .
- Dédis à mes petites cousines ! elles sont tellement mimi les 2 je vous jure !
- Dédis à mes plantes : Victor mon avocat, warda mon rosier (cadeau de ma chère sarraaaaa) pk des dédis sur eux ? car tt simplement c'est grâce a mon rosier et à ses tonnes de maladies que je prenais des pauses mdr

