

Le raisonnement clinique chez un patient post AVC

Analyse de la marche

Analyse de la préhension

Le raisonnement clinique

1. **Observer** les déficits pendant un geste fonctionnel
2. **Lister** les déficits observés
3. **Déterminer les hypothèses** des causes de ces déficits
4. **Tester les hypothèses** par le **bilan** analytique des déficits anatomiques
5. **Synthétiser les déficits** et en **déterminer les conséquences**
6. En déduire les limitations d'activité et restriction de participations (incapacité et handicap) = **CIF**
7. Rédiger le **BDK**
8. Proposer **une stratégie de soins adaptés**

Raisonnement clinique

Analyse de la marche

Trouble fonctionnel lors de la marche post-AVC



Phase oscillante

Fauchage

Passage en RE

Steppage

Utilisation du carré des lombes

Phase d'appui

Boiterie de Duchenne

Boiterie de Trendelenburg

Salutation

Recurvatum genou

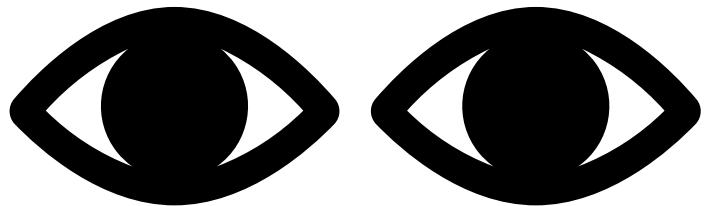
Griffe des orteils

Défaut de mise en charge

1. Observer les déficits pendant un geste fonctionnel

Première chose à faire lors du bilan : on l'observe **marcher**

Sans attelles (de face, de profil, de dos)

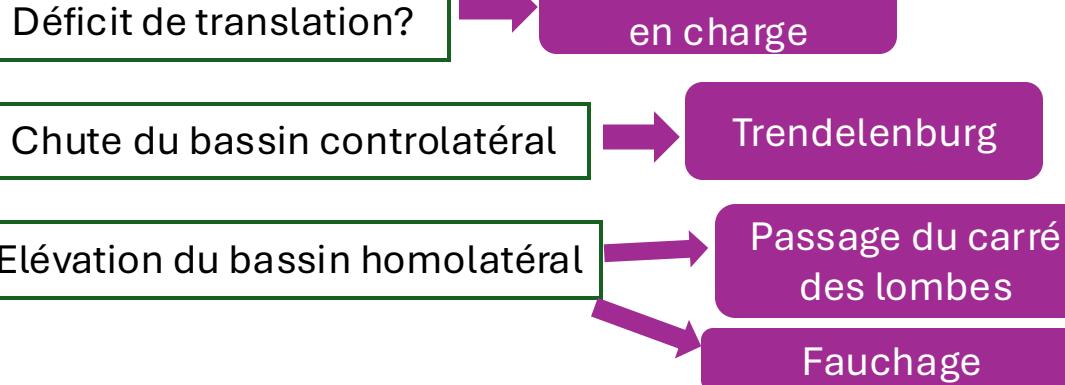


2. Lister les déficits observés

En fonction des articulations



Bassin



Hanche

- Déficit de Flexion?
- Déficit d'Extension?
- Déficit d'ABD
- Déficit d'ADD
- Déficit de RE
- Déficit de RI

Genou

- Déficit de Flexion?
- Déficit d'Extension?
- Récurvatum?

Cheville

- Déficit de Flexion?
- Déficit d'Extension?
- Déficit de pronation ?
- Déficit de supination ?

Métatarsophalangienne

- Déficit de Flexion?
- Déficit d'Extension?

3. Déterminer les hypothèses des causes de ces déficits



5 causes possibles par déficit



- 1 Parésie de l'agoniste
- 2 Hyperactivité de l'antagoniste
- 3 Rétraction capsulo ligamentaire ou Rétraction de l'antagoniste
- 4 Déficit sensitif
- 5 Douleur

1. Observation de la marche



2. Liste des déficits



3. On détermine les hypothèses de la cause du déficit.



1

Parésie de l'agoniste

2

Hyperactivité de l'antagoniste

3

Rétraction capsulo ligamentaire ou Rétraction de l'antagoniste

4

Déficit sensitif

5

Douleur

Exemple

1. Observation de la marche

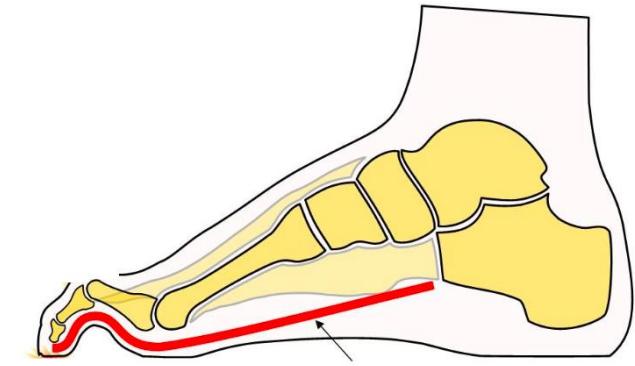


2. Liste des déficits



Articulation métatarso-phalangienne

On observe un déficit des extenseurs à la phase oscillante (=griffe des orteils)



3. On détermine les hypothèses des causes, de ce déficit d'extension à la phase d'appui



1

Parésie de l'agoniste

Faiblesse des extenseurs
d'orteils?

2

Hyperactivité de l'antagoniste

Hyperactivité/spasticité des
fléchisseurs d'orteils?

3

Rétraction capsulo ligamentaire ou Rétraction de
l'antagoniste

Rétraction des fléchisseurs
d'orteils?

4

Déficit sensitif

Défaut sensibilité profonde et/ou
superficielle?

5

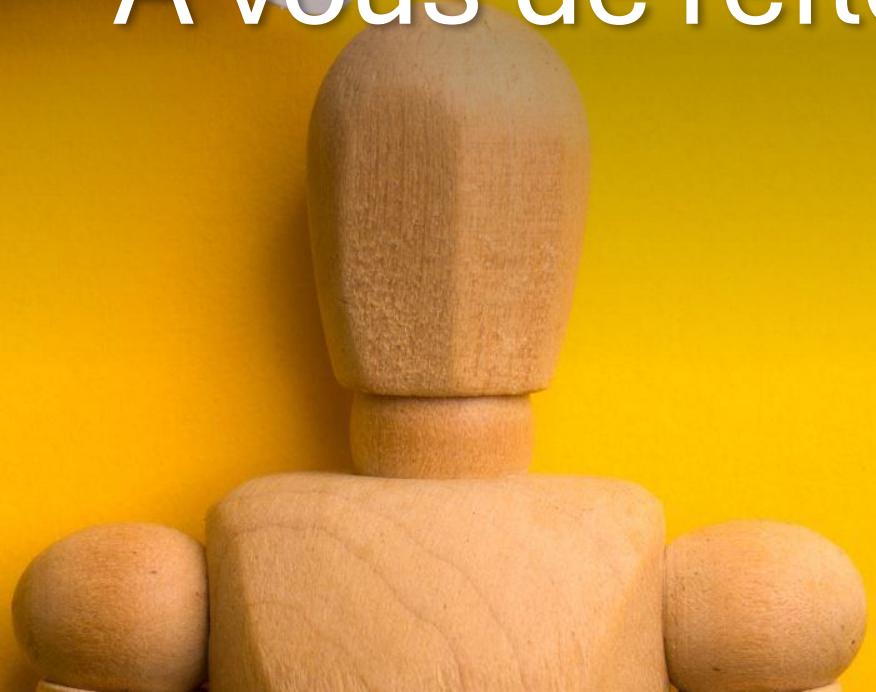
Douleur

Examen CTV?

Exemple



A vous de réfléchir



Commande : Un patient entre au cabinet, je souhaite comprendre votre **raisonnement clinique** sur sa marche

- 1) Une liste de tous les **déficits par articulations**
- 2) Un tableau avec les **hypothèses par déficit**

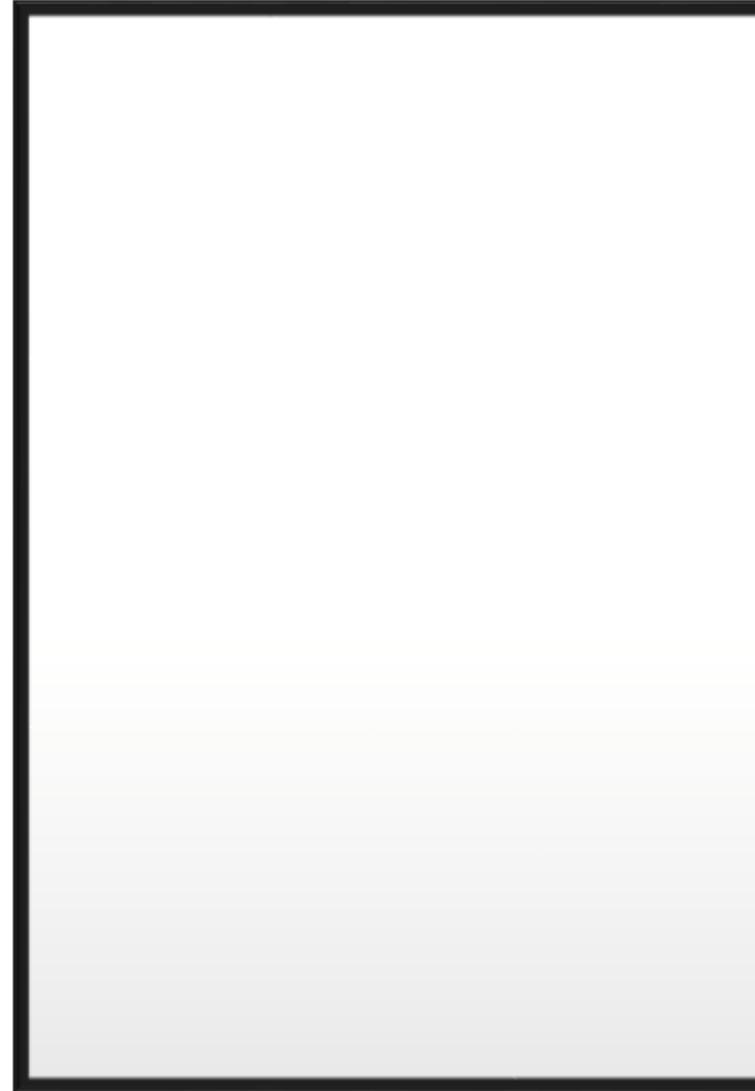
Bassin, Hanche, Genou,
Cheville, Orteils

	Parésie de l'agoniste	Hyperactivité de l'antagoniste	Rétraction de l'antagoniste ou rétraction capsulo ligamentaire	Déficit sensitif	Douleur
Ex : Déficit de F de hanche					

75 ans

AVC il y a 6 ans

Hémiparésie gauche



Liste des déficits

- Bassin :
 - Défaut de translation APPUI
- Hanche :
 - Défaut d'extension de hanche APPUI
 - Défaut d'ADD OSCILANT
 - Défaut de F OSCILANT
- Genou :
 - Défaut de flexion de genou OSCILANT
 - Recurvatum APPUI
- Cheville
 - Défaut de flexion dorsale OSCILANT
 - Défaut de supination OSCILANT

BASSIN

	Parésie de l'agoniste	Hyperactivité de l'antagoniste	Rétraction de l'antagoniste ou rétraction capsulo ligamentaire	Déficit sensitif	Douleur
Déficit de translation du bassin	Faible contrôle moteur (MF, quadri, GF)	Adducteurs, triceps sural	Pied equin? Instabilité genou?	Sensibilité profonde (Absence de sensations fiables)	Souvent douleur à l'appui (souvent mollet/talon) + Peur de chute



Défaut de mise en charge + fauchage

HANCHE

	Parésie de l'agoniste	Hyperactivité de l'antagoniste	Rétraction de l'antagoniste ou rétraction capsulo ligamentaire	Déficit sensitif	Douleur
Déficit d'extension APPUI	Faiblesse des extenseurs de hanches (GF)	Spasticité des fléchisseurs de hanche (psoas)	Flessum de hanche	Sensibilité profonde (Absence de sensations fiables)	
Déficit d'Adduction OSCILLANT	Faiblesse des ADD de hanche (Adducteurs)	Spasticité des ABD de hanche (MF)	Rétraction des ABD de hanche (MF)	Sensibilité profonde (Absence de sensations fiables)	
Déficit de flexion OSCILLANT	Faiblesse des fléchisseurs de hanche (Psoas, DF)	Spasticité des extenseurs de hanche (GF)	Rétraction des extenseurs de hanche	Sensibilité profonde (Absence de sensations fiables)	

Boiterie de salutation

GENOU

	Parésie de l'agoniste	Hyperactivité de l'antagoniste	Rétraction de l'antagoniste ou rétraction capsulo ligamentaire	Déficit sensitif	Douleur
Défaut de flexion de genou OSCILANT	Faiblesse des IJ	Spasticité Q	Rétraction Q	Sensibilité profonde. Le patient ne sent pas la position du genou	
Recurvatum APPUI	Parésie du Q et parfois IJ en phase excentrique	Hyperactivité du soléaire (recul du tibia)	Rétraction soléaire	Sensibilité profonde : Le patient ne sent pas la position du genou = pour être sûr de verrouiller il va se poser sur les coques condylériennes	 Boiterie avec recurvatum de genou

CHEVILLE

	Parésie de l'agoniste	Hyperactivité de l'antagoniste	Rétraction de l'antagoniste ou rétraction capsulo ligamentaire	Déficit sensitif	Douleur
Défaut de flexion dorsale OSCILANT	Faiblesse des fléchisseurs dorsaux de cheville (TA, fibulaires)	Spasticité des fléchisseurs plantaires de cheville (Triceps sural)	Rétraction des extenseurs	Sensibilité profonde	 Steppage
Défaut de pronation OSCILANT	Faiblesse des pronateurs de cheville	Spasticité des supinateurs de cheville	Rétraction des supinateurs	Sensibilité profonde	

Raisonnement clinique

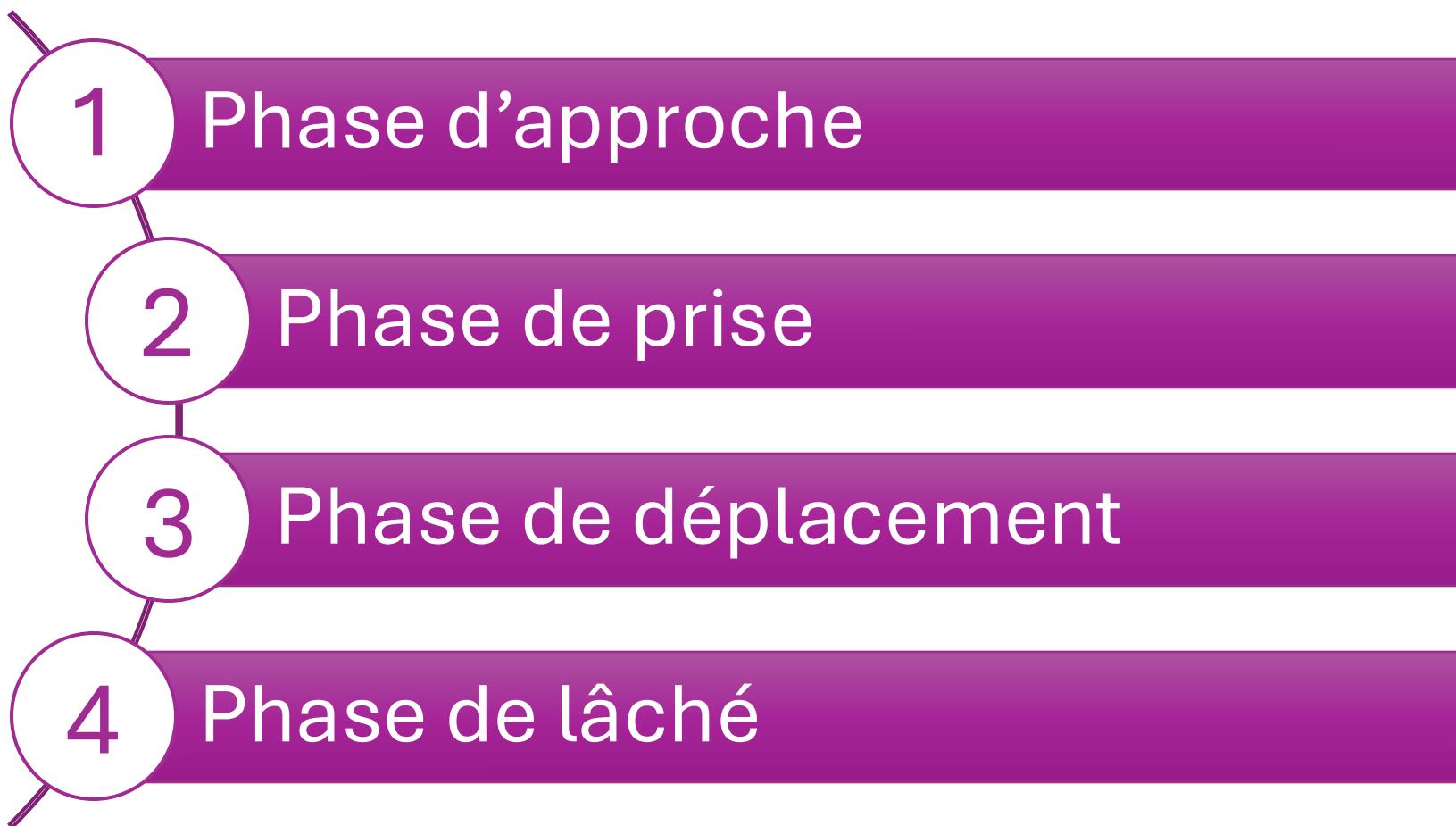
Analyse de la préhension d'un objet

Le raisonnement clinique

1. **Observer** les déficits pendant un geste fonctionnel
2. **Lister** les déficits observés
3. **Déterminer les hypothèses** des causes de ces déficits
4. **Tester les hypothèses** par le **bilan** analytique des déficits anatomiques
5. **Synthétiser les déficits** et en **déterminer les conséquences**
6. En déduire les limitations d'activité et restriction de participations (incapacité et handicap) = **CIF**
7. Rédiger le **BDK**
8. Proposer **une stratégie de soins adaptés**

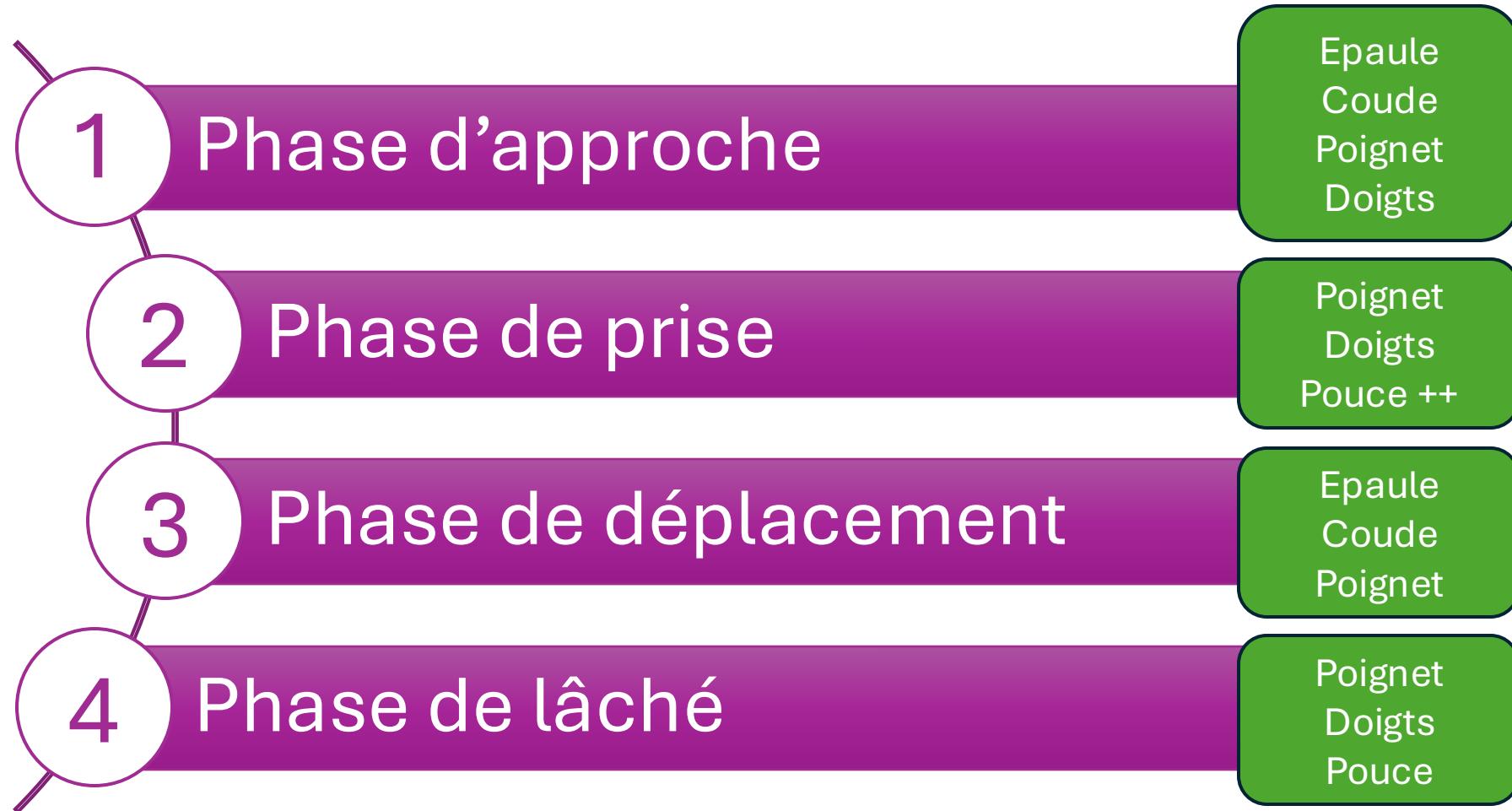
1. Observer les déficits pendant un geste fonctionnel :

Observer les différentes phases de préhension



2. Lister les déficits observés

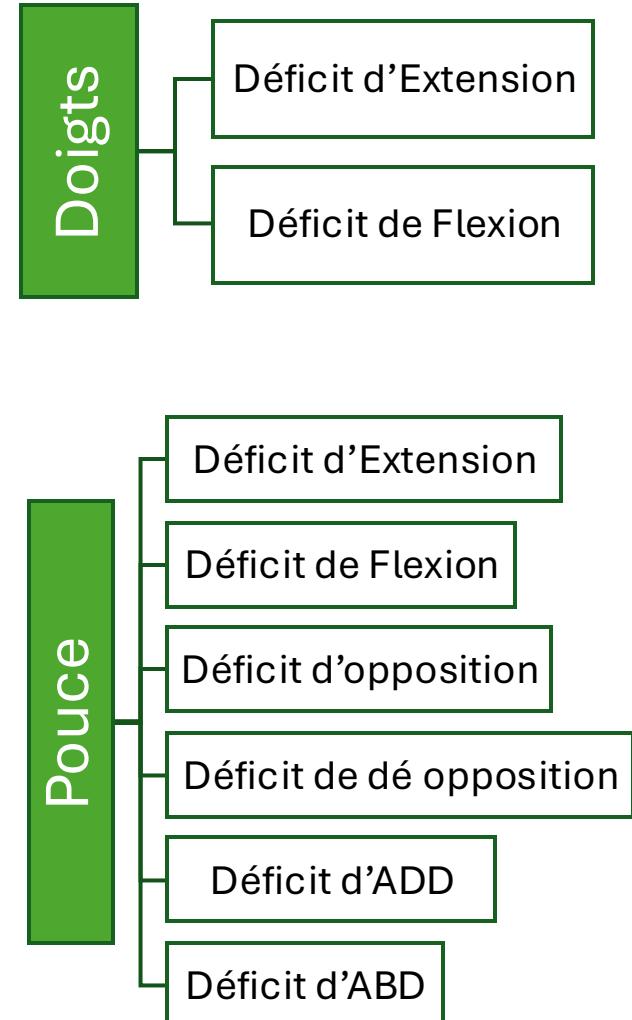
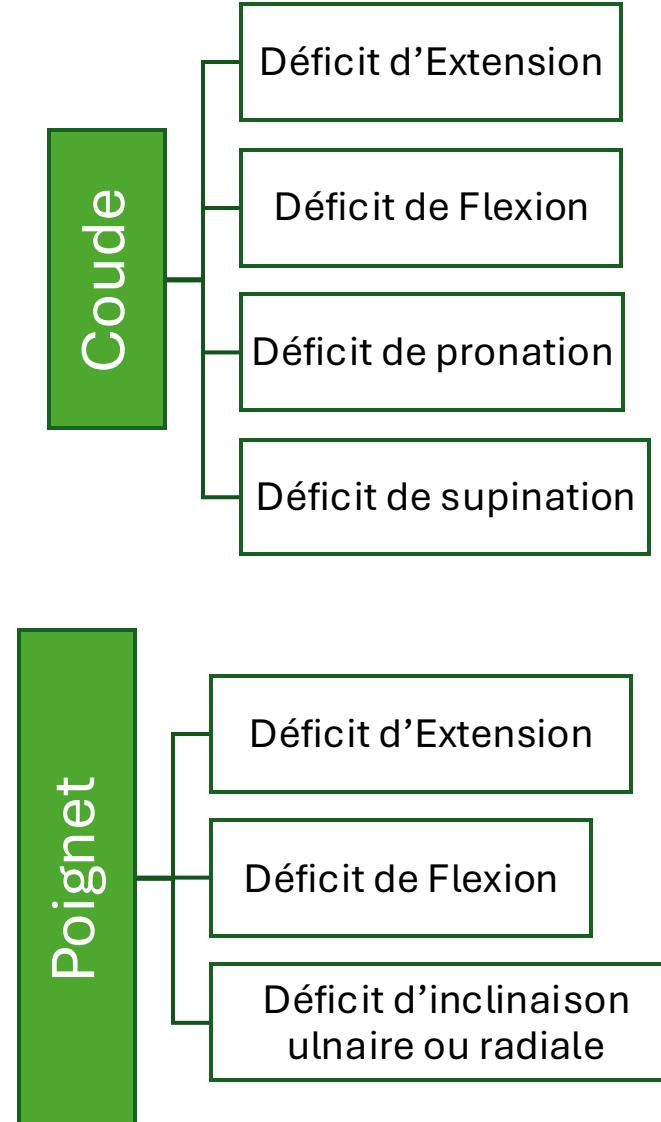
En fonction des articulations les plus pertinentes



2. Lister les déficits observés



En fonction des articulations



3. Déterminer les hypothèses des causes de ces déficits



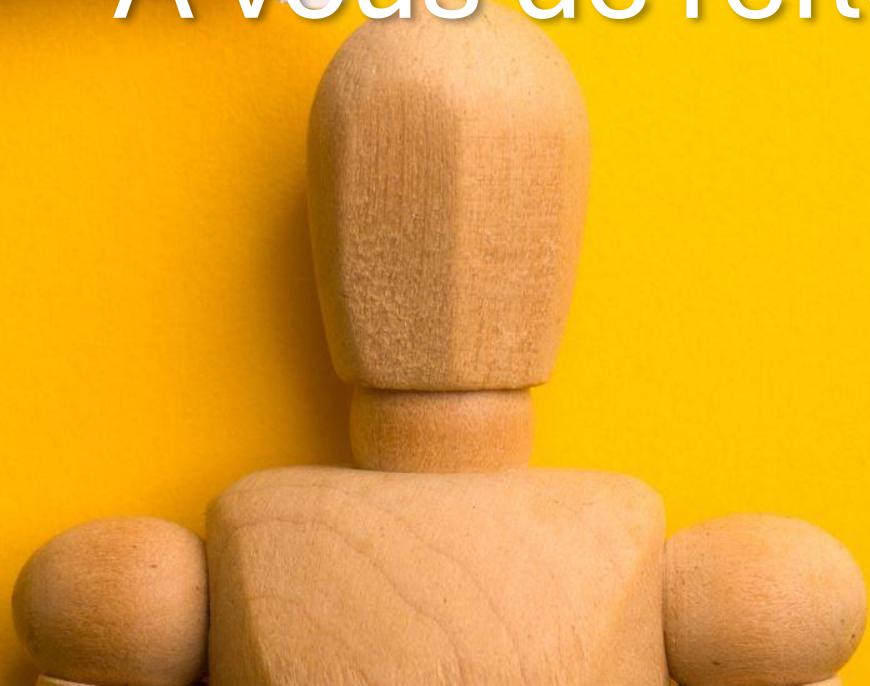
5 causes possibles par déficit



- 1 Parésie de l'agoniste
- 2 Hyperactivité de l'antagoniste
- 3 Rétraction capsulo ligamentaire ou Rétraction de l'antagoniste
- 4 Déficit sensitif
- 5 Douleur



A vous de réfléchir



Commande : Un patient entre au cabinet, je souhaite comprendre votre **raisonnement clinique** sur l'analyse d'un geste fonctionnel du MS

- 1) Une liste de tous les **déficits par articulations**
- 2) Un tableau avec les **hypothèses par déficit**

Epaule, coude, poignet, doigts,
pouces

	Parésie de l'agoniste	Hyperactivité de l'antagoniste	Rétraction de l'antagoniste ou rétraction capsulo ligamentaire	Déficit sensitif	Douleur
Ex : Déficit de F d'épaule					

Mme F AVC droit il y a 4 ans
Hémiparésie Gauche



Liste des déficits

Phase d'approche

Epaule :

- Déficit de F ant
- Déficit de RE

Coude :

- Déficit d'E
- Déficit de pronation

Poignet :

- Déficit d'extension

Doigts :

- Déficit d'extension

Phase de prise

Poignet :

- Déficit d'extension
- Déficit d'inclinaison radiale

Doigts : Déficit d'extension

Pouce :

- Déficit d'ABD
- Déficit d'hyper extension de l'IP
- Déficit de dé-opposition





Liste des déficits

Phase de déplacement

Epaule

- Déficit de RE
- Déficit d'ABD

Poignet :

- déficit d'extension

Phase de relâchement

Poignet :

- Déficit d'extension
- Déficit d'inclinaison radiale

Doigts :

- Déficit d'extension

Pouce :

- Déficit d'ABD
- Déficit d'hyper extension de l'IP
- Déficit de dé-opposition

EPAULE

	Parésie de l'agoniste	Hyperactivité de l'antagoniste	Rétraction de l'antagoniste ou rétraction capsulo ligamentaire	Déficit sensitif	Douleur
Déficit de F ant	Déficit des muscles fléchisseurs antérieur de l'épaule (Deltoïde antérieur (principal), Grand pectoral (faisceau claviculaire), Coracobrachial, Biceps brachial)	Spasticité des muscles extenseurs de l'épaule (Grand dorsal, (principal), Grand rond, Deltoïde postérieur, Triceps)	Rétraction des muscles extenseurs de l'épaule Rétraction Gléno humérale	Profond	
Déficit de RE	Déficit des muscles RE d'épaule (Petit rond, infra-épineux)	Spasticité des muscles RI (Grand pectoral, grand rond, grand dorsal, subscapulaire)	Rétraction des RI Rétraction Gléno humérale	Profond	
Déficit d'ABD	Déficit des ABD d'épaule (deltoïde moyen)	Spasticité des ADD (Grand pectoral, Grand dorsal)	Rétraction des ADD Rétraction Gléno humérale	Profond	

COUDE

	Parésie de l'agoniste	Hyperactivité de l'antagoniste	Rétraction de l'antagoniste ou rétraction capsulo ligamentaire	Déficit sensitif	Douleur
Déficit d'E	Déficit des Extenseurs de coude (Triceps brachial)	Spasticité des Fléchisseurs (Biceps brachial, Brachial et brachio- radial)	Rétraction des fléchisseurs Rétraction de l'articulation	Profond	
Déficit de pronation	Déficit des pronateurs (Rond pronateur, Carré pronateur)	Spasticité des supinateurs (Biceps brachial, Supinateur)	Rétraction des supinateurs Rétraction de l'articulation	Profond	

POIGNET et DOIGTS

POIGNET

DOIGTS

	Parésie de l'agoniste	Hyperactivité de l'antagoniste	Rétraction de l'antagoniste ou rétraction capsulo ligamentaire	Déficit sensitif	Douleur
Déficit d'E	Déficit des extenseurs du poignets (ERCL, ERCC, EUC)	Spasticité des fléchisseurs du poignets (FRC, FUC, Long palmaire)	Rétraction des fléchisseurs Rétraction de l'articulation	Profond	
Déficit d'inclinaison radiale	Déficit des muscles responsables de l'inclinaison radial (FRC, ERCL, ERCC)	Spasticité des muscles responsables de l'inclinaison ulnaire (FUC, EUC)	Rétraction des muscles responsables de l'inclinaison ulnaire (FUC, EUC) Rétraction de l'articulation	Profond	
Déficit d'extension	Déficit des extenseurs des doigts	Spasticité des fléchisseurs des doigts	Rétraction des fléchisseurs Rétraction de l'articulation	Profond et superficiel	

POUCE

	Parésie de l'agoniste	Hyperactivité de l'antagoniste	Rétraction de l'antagoniste ou rétraction capsulo ligamentaire	Déficit sensitif	Douleur
Déficit d'ABD	Déficit de des abducteurs du pouce	Spasticité de l'adducteur du pouce	Rétraction de l'adducteur du pouce Rétraction de l'articulation	Profond et superficiel	
Déficit d'hyper extension de l'IP	Déficit de l'extension du pouce	Spasticité des fléchisseurs du pouce	Rétraction des fléchisseurs du pouce Rétraction de l'articulation	Profond et superficiel	
Déficit de dé-opposition	Déficit des muscles responsables de la dé-opposition du pouce	Spasticité des muscles responsables de l'opposition du pouce	Rétraction des muscles responsables de l'opposition du pouce Rétraction de l'articulation	Profond et superficiel	

Le raisonnement clinique

1. **Observer** les déficits pendant un geste fonctionnel
2. **Lister** les déficits observés
3. **Déterminer les hypothèses** des causes de ces déficits
4. **Tester les hypothèses** par le **bilan** analytique des déficits anatomiques
5. **Synthétiser les déficits** et en **déterminer les conséquences**
6. En déduire les limitations d'activité et restriction de participations (incapacité et handicap) = **CIF**
7. Rédiger le **BDK**
8. Proposer **une stratégie de soins adaptés**