


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

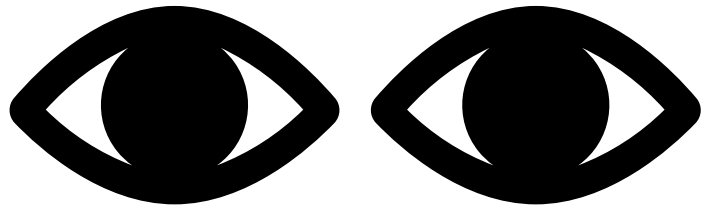
Griffe des orteils

Défaut de mise en charge

1. **Observer** les déficits pendant un geste fonctionnel

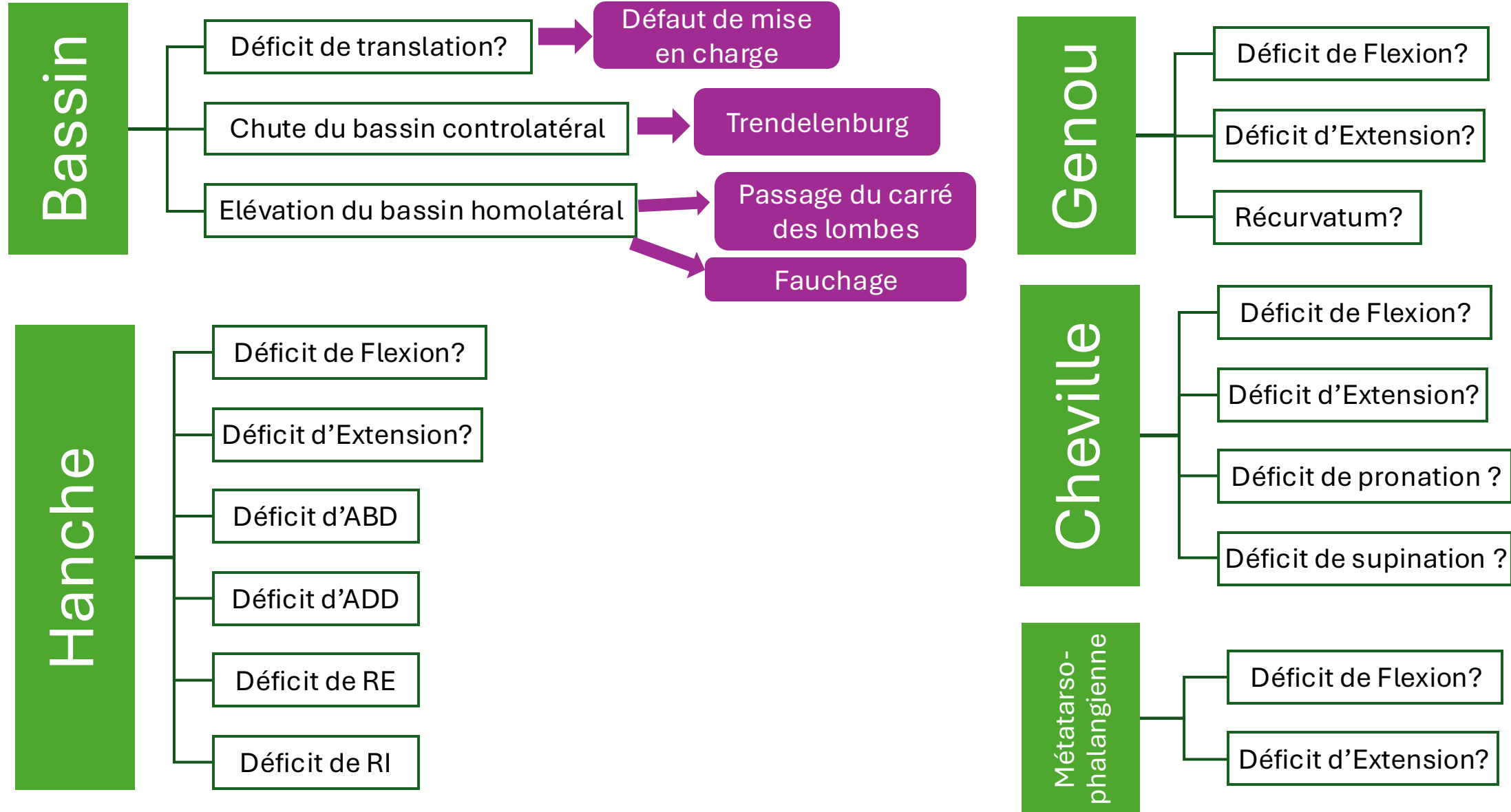
Première chose à faire lors du bilan : on l'observe **marcher**

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



2. Lister les déficits observés

En fonction des articulations



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

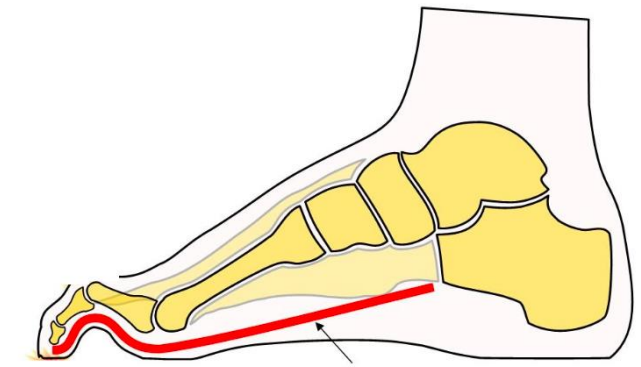
Exemple

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

Déficit 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**

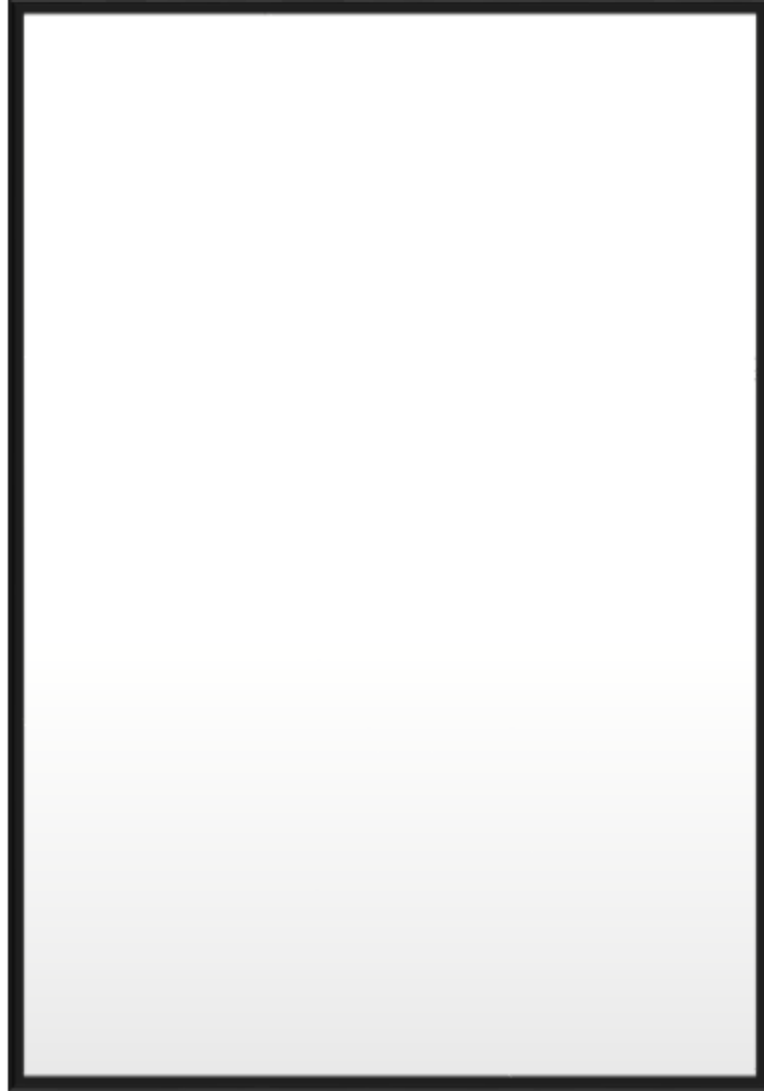
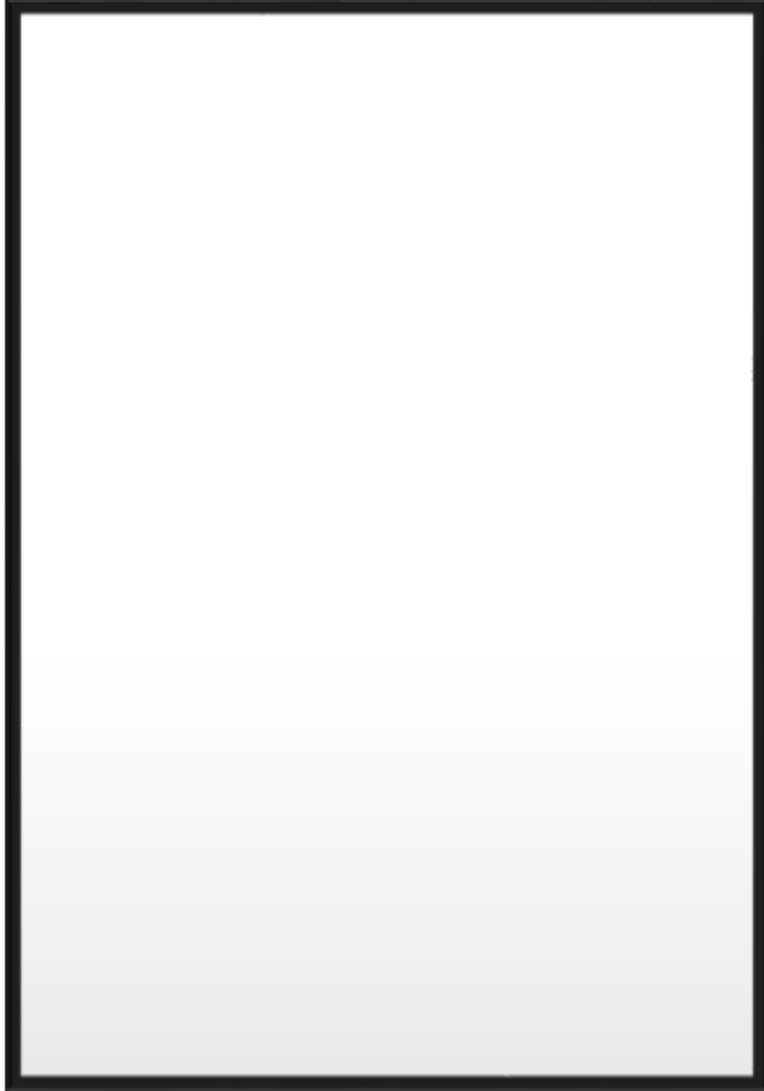
Bassin, Hanche, Genou,
Cheville, Orteils

| | 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) | Rétractation 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 condyliennes | |




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 | |
| Défaut de pronation OSCILANT | Faiblesse des pronateurs de cheville | Spasticité des supinateurs de cheville | Rétraction des supinateurs | Sensibilité profonde | |



Steppage



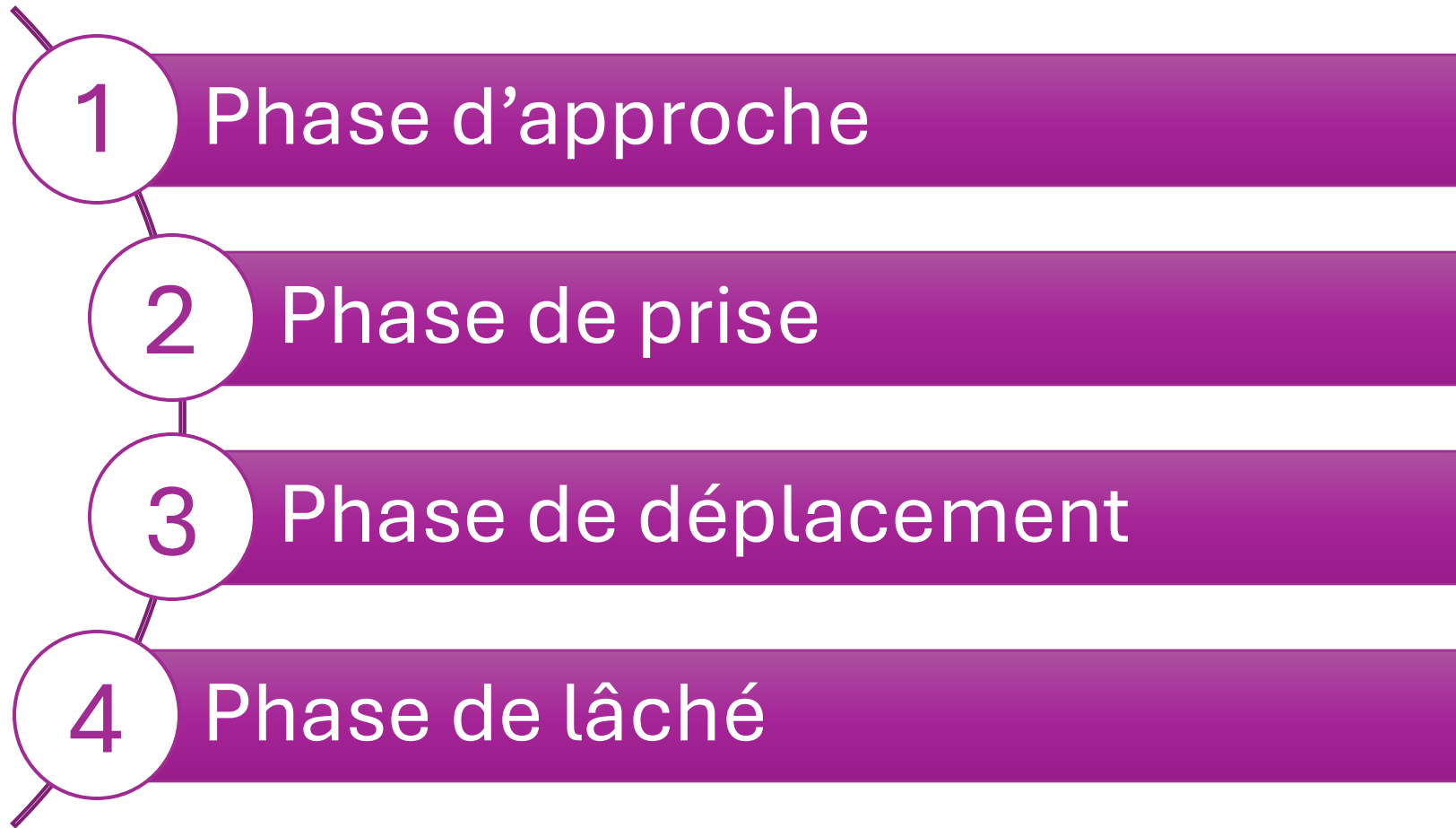
Raisonnement clinique

Analyse de la préhension d'un objet

Le raisonnement clinique

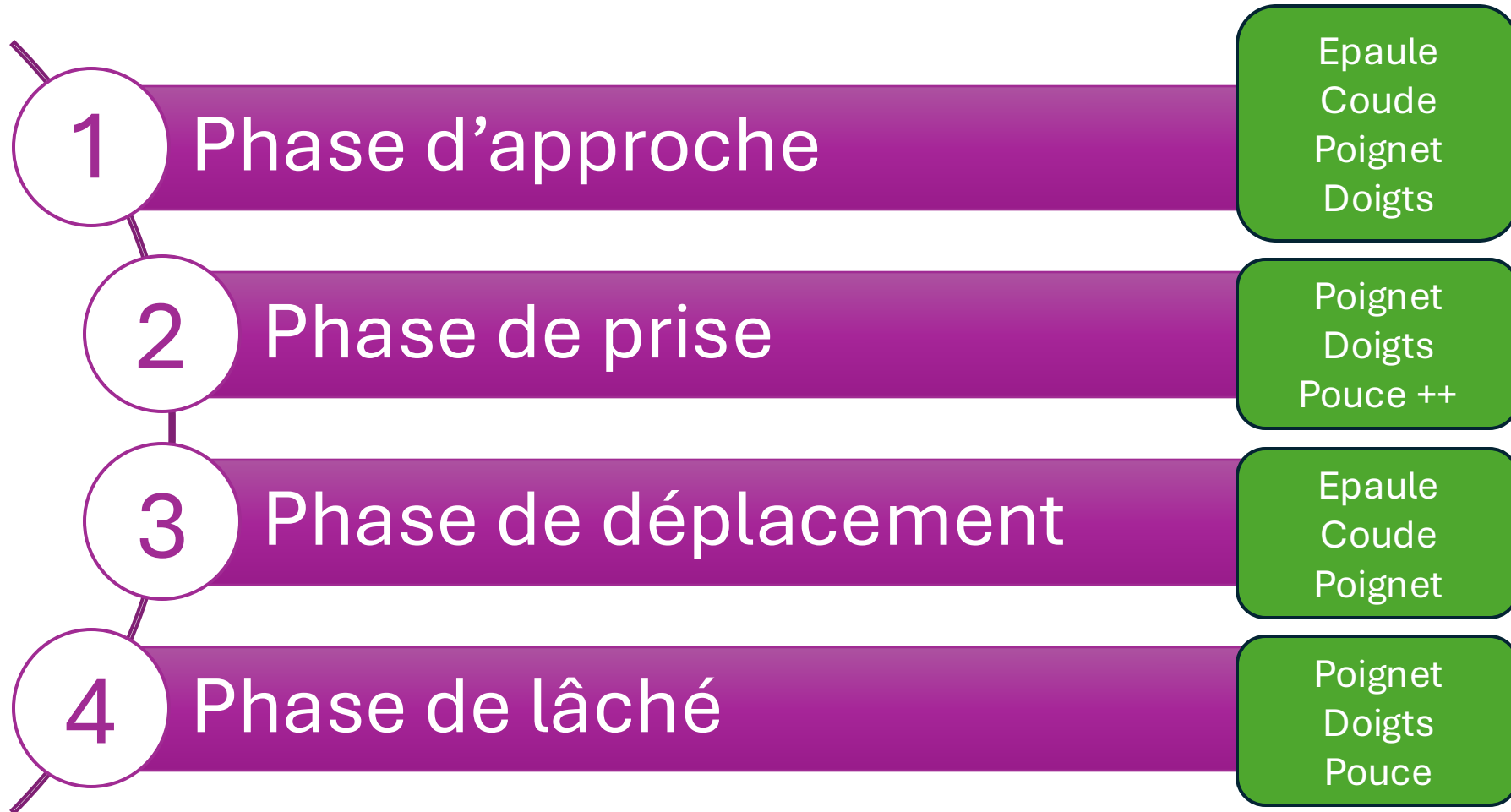
1. **Observer** les déficits pendant un geste fonctionnel
2. **Lister** les déficits observés
3. **Déterminer les hypothèses** des causes de ces déficits
4. **Tester les hypothèses** par le **bilan** analytique des déficits anatomiques
5. **Synthétiser les déficits** et en **déterminer les conséquences**
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



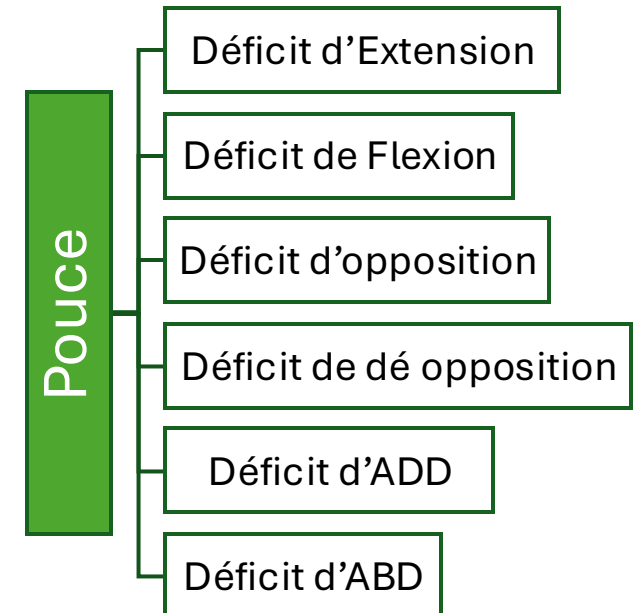
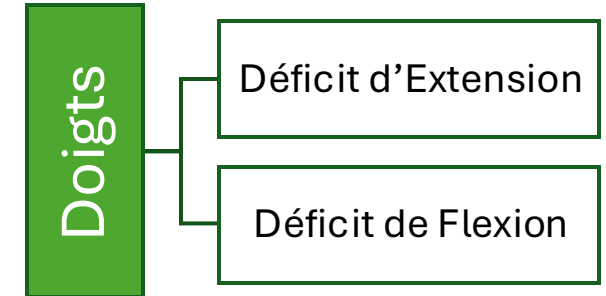
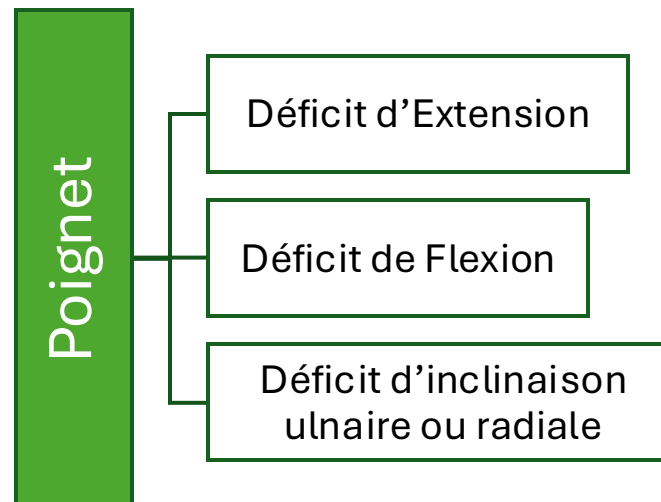
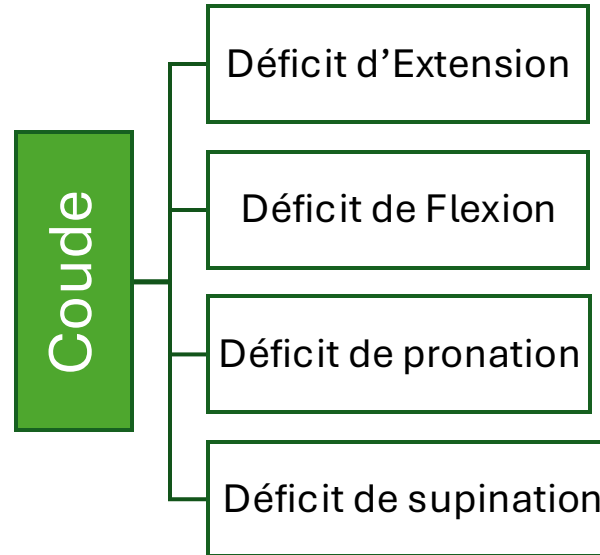
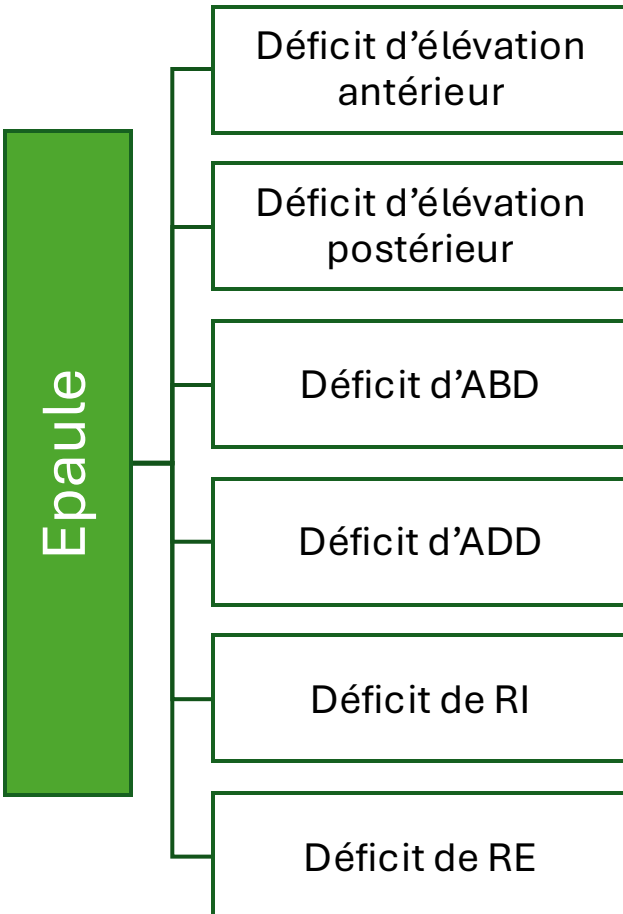
2. Lister les déficits observés

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
Hémi-parésie 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), Coraco-brachial, 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**