

CHAPITRE 27

Cas cliniques

Énoncés et questions

Cas clinique 1

Items 109, 106, 118, 122, 328, 335.

Vous suivez en consultation un patient de 59 ans, sorti il y a trois mois d'une hospitalisation complète de votre service de MPR. Il a été victime d'un AVC ischémique du territoire de l'artère cérébrale moyenne gauche, survenu il y a neuf mois. Il ne participe plus à aucun soin de rééducation, car il n'est pas convaincu de son intérêt. Son dossier indique une mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) en sortie d'hospitalisation de 106.

A Question 1

Concernant la MIF, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) correcte(s) ?

- A. un score de 106 signifie une dépendance totale
- B. cette échelle évalue notamment les capacités fonctionnelles d'une personne dans le domaine de la marche
- C. cette échelle évalue notamment la spasticité
- D. c'est une échelle spécifique de mesure du fonctionnement
- E. son score le plus élevé signifie « indépendance totale »

A Question 2

La mobilité à la marche de ce patient hémiparétique est gênée par une spasticité du membre inférieur droit. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) correcte(s) concernant cette hypertonie musculaire spastique ?

- A. elle provoque une démarche festinante
- B. elle est sensibilisée selon la vitesse de mobilisation passive
- C. elle est rigide à une manœuvre de sensibilisation
- D. elle peut être majorée par une rétention aiguë d'urines
- E. elle prédomine sur les groupes musculaires fléchisseurs

A Question 3

Vous retrouvez de façon associée au déficit moteur une hyperactivité spastique du muscle triceps sural droit entraînant un frottement de l'avant-pied lors de la marche. Sur table d'examen, la dorsiflexion de cheville est de 0°. Vous envisagez d'établir un programme de rééducation et de réadaptation dans le but d'améliorer la marche.

Médecine physique et de réadaptation

© 2021, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Quelles propositions pourraient être incluses dans votre programme de soins pour répondre à cet objectif ?

- A. traitement par baclofène par voie orale
- B. prescrire des soins de kinésithérapie après discussion motivationnelle dirigée vers le patient
- C. réaliser une analyse quantifiée de la marche
- D. prescrire une orthèse rigide de cheville à mettre dans toutes les chaussures
- E. prescrire un fauteuil roulant à propulsion manuelle au cas où la récupération ne serait pas favorable

B Question 4

Concernant le testing de la spasticité, quelles sont les échelles adaptées à l'évaluation de celle-ci ?

- A. échelle d'Ashworth modifiée
- B. échelle ASIA
- C. échelle de Rankin
- D. échelle de Tardieu
- E. échelle de Berg

B Question 5

Concernant les orthèses, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) correcte(s) ?

- A. les orthèses d'immobilisation sont dynamiques
- B. les orthèses de repos sont uniquement sur mesure
- C. la photographie (fig. 27.1) représente une orthèse suro-pédieuse

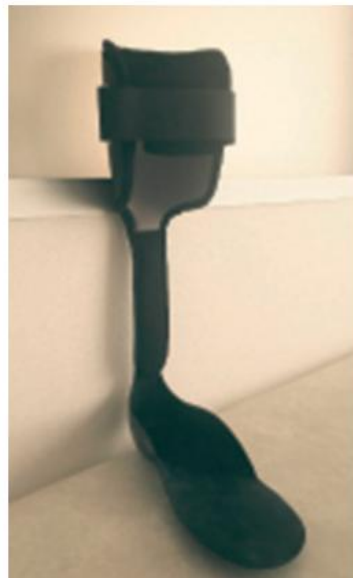


Fig. 27.1.

- D. une orthèse releveur de pied a pour but de pallier une marche de type talonnante
- E. les orthèses du grand appareillage sont remboursées à 100 % en cas de reconnaissance ALD

B Question 6

Le patient vous demande de préciser les intérêts de l'analyse quantifiée de la marche et des tests cliniques en rapport avec une évaluation de sa marche. Vous lui expliquez utiliser les procédures suivantes :

- A. un test de marche de 10 mètres pour évaluer la vitesse de marche
- B. une analyse sur tapis de marche pour les paramètres spatiotemporels de la marche
- C. une analyse vidéoscopique pour évaluer la cinétique articulaire de marche
- D. un *Timed Up and Go Test* pour stratifier le risque de chute et de dépendance
- E. un test de Borg pour évaluer le risque de chute

A Question 7

Vous revoyez le patient un an plus tard en consultation. Celui garde comme déficiences neurologiques liées à son AVC un déficit des muscles releveurs du pied droit et un trouble des contrôles moteurs du membre supérieur droit. Il n'a pour le moment pas repris d'activité professionnelle. Le patient vous indique qu'il aimerait reprendre la conduite automobile suite à son hémiparésie. Pour cela, il envisage d'acheter une toute nouvelle voiture adaptée à ses déficiences neurologiques. Il vous demande quelles sont les démarches à entreprendre.

Que lui conseillez-vous ?

- A. repasser son permis de conduire car c'est obligatoire dans son cas
- B. pour faire valider son permis de conduire, le patient doit faire des démarches auprès de la MDPH
- C. la MDPH et l'AGEFIPH pourront participer au financement des aménagements du véhicule
- D. de prendre rendez-vous avec un médecin habilité par le préfet à attester le permis de conduire
- E. il ne pourra jamais reprendre une activité de conduite automobile

Cas clinique 2

Items 128, 122, 118, 109, 324, 199.

Vous donnez un avis pour un patient de 59 ans, ouvrier agricole, qui a été hospitalisé suite à une amputation transtibiale droite réalisée en urgence dans les suites d'une ischémie aiguë de membre dans un contexte d'accident de travail. Le patient est hypertendu (sous irbesartan) et ancien fumeur sevré depuis plusieurs années. Il boit deux verres de vin à chaque repas dans le cadre de son travail. Son IMC est de 35 kg/m².

Le patient présente des douleurs de son membre inférieur droit qu'il décrit comme « sourdes », sans picotement ni fourmillements. Celles-ci sont partiellement soulagées par le paracétamol et le tramadol. Au niveau de votre examen clinique, les amplitudes arti-

culaires de sa hanche droite sont de 100-0/30-15/30-10° en passif, avec une douleur en rotation interne. Les amplitudes articulaires de son genou droit sont de 0-20-85° en actif et de 0-15-120° en passif. Le genou est non douloureux à la mobilisation passive. Le patient vous décrit des douleurs antérieures évoluant par poussées au niveau de son genou, et qui étaient majorées lors de la marche. Il n'a jamais présenté de douleurs de hanche, ni de dorso-lombalgies.

A Question 1

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) correcte(s) ?

- A. le patient présente probablement une gonarthrose droite
- B. vous prescrivez un bilan radiographique de genou droit en première intention
- C. la flexion de genou en passif est normale
- D. les ischiojambiers font partie des muscles fléchisseurs de genou
- E. un choc rotulien signe la présence d'un épanchement intra-articulaire de genou

A B Question 2

Quelle(s) est (sont) la(les) réponse(s) correcte(s) concernant ce patient ?

- A. l'adduction de hanche du patient est de 30°
- B. les poussées douloureuses font penser à des douleurs arthrosiques
- C. de la kinésithérapie aurait pu être proposée avant son accident
- D. une diminution de l'interligne articulaire est un signe radiologique compatible avec la clinique du patient
- E. la prise en charge diététique est un élément de sa prise en charge

A B Question 3

Le patient vous dit qu'il revit l'accident au moment de s'endormir et que cela retentit sur son sommeil.

Quel(s) est (sont) le(s) thérapeute(s) de rééducation que vous solliciterez pour rééduquer ce patient en centre de rééducation ?

- A. le podo-orthésiste
- B. le psychologue
- C. le psychomotricien
- D. le kinésithérapeute
- E. l'ergothérapeute

A Question 4

Quel(s) item(s) suivant(s) relève(nt) de limitation(s) d'activité chez un patient amputé en transtibial ?

- A. les douleurs du membre fantôme
- B. le fessum de genou
- C. les difficultés à la conduite automobile
- D. l'isolement réactionnel au handicap
- E. le changement d'orientation professionnelle

A Question 5

Votre patient arrive dans votre centre de rééducation quelques jours après l'amputation transtibiale droite. Il n'y a pas d'autre lésion rapportée en lien avec l'accident. La coxarthrose droite a été confirmée sur le bilan radiographique. À l'examen physique, il existe

un franc défaut de flexion de hanche (90°), d'extension de hanche (0°) et de rotation interne (10°). Il persiste un flessum de genou de 15°.

En considérant que le patient est correctement appareillé et qu'il n'a pas de boiterie en lien avec son appareillage, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) correcte(s) chez ce patient avec coxarthrose droite et flessum de genou ?

- A.** une marche normale nécessite une flexion de hanche de 90°
- B.** une gêne à la montée/descente des escaliers est attendue
- C.** la marche sera évaluée par l'indice algofonctionnel de Lequesne
- D.** une boiterie de Trendelenburg peut être retrouvée
- E.** une boiterie avec salutation peut être retrouvée

A B Question 6

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) correcte(s) ?

- A.** le manchon correspond à l'interface entre la peau et la prothèse
- B.** le projet d'appareillage s'adapte à chaque individu et chaque situation
- C.** le pied de la prothèse est considéré comme élément de petit appareillage
- D.** la demande d'entente préalable est inutile pour cette demande d'appareillage
- E.** le patient n'étant pas en ALD, la prise en charge de sa prothèse est de 60 %

A B Question 7

Le patient rentre à domicile. Le patient revient, accompagné de sa femme, à une consultation de suivi. Elle a eu une fracture de l'extrémité inférieure du radius droit ostéosynthésée il y a trois mois. Elle ne sent pas prête à reprendre le travail compte tenu des douleurs endurées. Elle mobilise peu son poignet. À l'examen, vous retrouvez un poignet œdématié, légèrement érythémateux et luisant. Vous évoquez un syndrome douloureux régional complexe.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) correcte(s) concernant cette patiente ?

- A.** les critères de Budapest permettent de confirmer le diagnostic
- B.** vous recherchez de principe un syndrome inflammatoire biologique
- C.** vous prescrivez une radiographie du poignet pour confirmer votre diagnostic
- D.** vous attendez que la douleur soit moins importante pour prescrire de la kinésithérapie
- E.** des séances de thérapie au miroir peuvent être réalisées en ergothérapie ou kinésithérapie

Cas clinique 3

Items 94, 118, 94, 120, 93, 122, 328.

Vous voyez en consultation une patiente de 19 ans, postière, qui a présenté une violente douleur dans le bas du dos il y a trois jours. Elle ne présente pas de signes neurologiques. Depuis, la patiente consomme des antalgiques, ne conduit plus, ne sort plus avec ses

amis, ne se présente plus à son travail et reste alitée la majorité du temps. Vous apprenez qu'elle prend depuis plusieurs mois de la venlafaxine en traitement de troubles de l'humeur. Son attitude anxieuse quant à sa lombalgie vous semble disproportionnée.

A B Question 1

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) correcte(s) concernant la lombalgie de la patiente ?

- A.** l'âge de la patiente vous alerte sur le besoin d'exploration(s) complémentaire(s)
- B.** vous craignez un passage à la chronicité
- C.** il s'agit d'une poussée aiguë de lombalgie
- D.** vous prescrivez des radiographies du rachis lombaire
- E.** vous envisagez la prescription d'une IRM lombaire

A Question 2

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) correcte(s) ?

- A.** la lombalgie est une déficience
- B.** l'absence au travail est une limitation d'activité
- C.** l'arrêt de la conduite est une restriction de participation
- D.** l'annulation de ses sorties est une restriction de participation
- E.** les facteurs environnementaux sont pris en compte dans la CIF

A Question 3

Quelle(s) peut(vent) être la (les) complication(s) de décubitus en cas d'alitement prolongé chez cette patiente ?

- A.** des escarres ischiatiques
- B.** une embolie pulmonaire
- C.** une bradycardie
- D.** un syndrome dépressif
- E.** une constipation

A B Question 4

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) correcte(s) concernant la prise en charge de cette lombalgie ?

- A.** vous prescrivez des AINS en l'absence de contre-indication en première intention
- B.** vous prescrivez des morphiniques en première intention
- C.** vous conseillez à la patiente de reprendre ses activités quotidiennes
- D.** vous pouvez prescrire de la kinésithérapie à cette patiente
- E.** vous proposez un programme de réadaptation pluridisciplinaire

A B Question 5

Vous revoyez la patiente qui, dix ans plus tard, présente à nouveau un épisode de lombalgie aiguë. Votre première prise en charge avait nettement amélioré la situation la première fois et le fait d'être également prise en charge par un psychologue suite à vos bons conseils avait permis l'arrêt de la venlafaxine. Elle est toujours postière, se déplace à vélo, a deux enfants et fait régulièrement des cours de Pilate.

Vous êtes frappé par les difficultés à la marche et le soutien de son mari nécessaire pour éviter la chute.

Cliniquement, il existe une hypoesthésie en selle associée à un sphincter anal hypotonique. Il y a des troubles de la sensibilité épicritique et thermoalgique de la racine de la cuisse jusque dans les territoires sacrés. La sensibilité au-dessus du pubis est normale. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) correcte(s) ?

- A. la réalisation d'un scanner lombaire est nécessaire en urgence
- B. votre score ASIA initial évaluera des déficiences
- C. vous demandez à la patiente si elle a réussi à uriner
- D. vous contrôlez la tension à la recherche d'une hyperreflexie autonome
- E. vous recherchez une spasticité à l'examen moteur des membres inférieurs

A B Question 6

Vous suspectez en effet un syndrome de la queue de cheval. Elle présente cliniquement une rétention aiguë d'urines. Elle fléchit la hanche et elle tend le genou dans le vide et résiste partiellement à la pression que vous exercez. Elle n'arrive pas à se mettre sur la pointe des pieds sans aide et fléchit dorsalement la cheville dans le vide mais pas contre votre résistance. Avec ces éléments supplémentaires, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) correcte(s) ?

- A. vous cotez à 2/5 les fléchisseurs dorsaux et les fléchisseurs plantaires de chevilles
- B. la patiente va probablement avoir une sonde urinaire à demeure quelques semaines
- C. une déficience au niveau de la fonction sexuelle est attendue
- D. la difficulté à se déplacer est une restriction de participation
- E. l'impossibilité d'utiliser son vélo pour se rendre au travail est une limitation d'activité

A B Question 7

En consultation urodynamique, vous voyez la patiente à trois mois de son syndrome de la queue de cheval responsable de troubles vésicosphinctériens. Elle réalise des autosondages intermittents et a l'impression qu'elle sent à nouveau le besoin d'uriner. Elle vous avoue qu'elle urine parfois entre les sondages mais qu'elle a besoin de pousser. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) correcte(s) ?

- A. la nécessité de pousser rentre dans le cadre d'une dysurie
- B. les autosondages doivent être réalisés toutes les 3 ou 4 heures en stérile
- C. en consultation, vous réalisez une débitmétrie
- D. si le détrusor est hypocontractile, vous prescrivez des anticholinergiques
- E. si le détrusor est hypocontractile, vous prescrivez la poursuite des autosondages

Cas clinique 4

Items 106, 109, 118, 328.

Un homme de 67 ans vous est adressé par son médecin traitant qui a remarqué que son patient marchait moins vite que d'habitude. Le médecin décrit « une

marche à petits pas, avec parfois une tendance à partir en arrière, ainsi que des épisodes d'accélération brusque qui semblent non contrôlés par le patient ». Il se dit « inquiet du risque de chute chez ce patient qui vit avec son épouse, de 15 ans son aînée, qui est de plus en plus dépendante et dont Monsieur est l'aidant principal ». Le couple n'a pas d'enfants et occupe une maison de plain-pied à la campagne.

A Question 1

D'après les données de l'interrogatoire, comment décririez-vous la marche de ce patient ?

- A. précautionneuse
- B. extrapyramidale
- C. avec une boiterie de Tredelenbourg
- D. sénile avec voltes multiples et rétropulsion
- E. cérébelleuse

A Question 2

Devant la démarche de votre patient, quels autres signes cliniques allez-vous rechercher ?

- A. troubles cognitifs (triade d'Hakim)
- B. tremblements bilatéraux à prédominance droite ou gauche
- C. incontinence urinaire
- D. « roue dentée » à la manœuvre de Froment
- E. une perte du ballant du bras unilatérale

A Question 3

Le terme « festination » fait référence à la (aux) proposition(s) suivante(s) ?

- A. le changement incontrôlé de la vitesse de marche du patient
- B. la décomposition systématique des demi-tours du patient
- C. la tendance à chuter vers l'arrière au lever
- D. l'impossibilité pour le patient de déclencher un pas
- E. la période d'amélioration franche après instauration du traitement

A Question 4

Afin d'évaluer de manière standardisée le risque de chute du patient, que pouvez-vous utiliser ?

- A. le *timed Get-up and Go test* (TUG)
- B. la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF)
- C. l'échelle de Berg
- D. le *squeeze test*
- E. le test de marche de 10 mètres

B Question 5

Vous avez confié votre patient à un confrère neurologue qui a posé le diagnostic de maladie de Parkinson. Il a mis en place un traitement approprié qui permet au patient d'améliorer sa qualité de marche et de diminuer son risque de chute. Il n'a pas été mis en évidence d'autres symptômes de la pathologie. Le patient n'a ni troubles de la déglutition, ni troubles de la voix, ni troubles cognitifs.

Quelle(s) technique(s) non pharmacologique(s) peut (peuvent) être également efficace(s) sur les symptômes moteurs de ce patient ?

- A. vous prescrivez à votre patient 2 à 3 séances par semaine de kinésithérapie de maintien

- B. vous proposez une séance d'évaluation puis des séances de rééducation en ergothérapie
- C. vous prescrivez à votre patient 10 à 15 séances de kinésithérapie tous les 3 à 4 mois
- D. vous proposez une activité physique régulière modérée plurihebdomadaire
- E. vous recommandez à votre patient à faire de l'activité physique avant la prise de levodopa

B Question 6

Chez ce patient, quel(s) type(s) d'activité(s) physique(s) apparaît(ssent) intéressante(s) ?

- A. un travail principalement composé de musculation
- B. l'activité anaérobie alactique, qui augmente la production endogène de levodopa
- C. l'activité aérobie, qui augmente l'absorption du levodopa exogène
- D. l'exercice sur vélo d'appartement 30 minutes trois fois par jour
- E. de l'activité physique adaptée en autorééducation

B Question 7

Un matin, alors qu'il se rendait à une séance de rééducation, le patient est victime d'une chute qui le conduit aux urgences. Est suspectée une fracture du col fémoral droit. Il décrit une EVA à l'entrée à 8/10. Le traitement antalgique peut comporter :

- A. paracétamol
- B. amytriptiline
- C. chlorhydrate de morphine
- D. prégabaline
- E. gabapentine

Cas clinique 5

Items 115, 116, 118, 324, 334.

Vous recevez en hospitalisation de MPR Madame M., 58 ans, dans les suites d'un syndrome coronarien aigu avec un séjour de 3 semaines en cardiologie. Son traitement de sortie comporte du bisoprolol, de l'atorvastatine, de l'aspirine, du clopidogrel, du ramipril et de la metformine. Une épreuve d'effort précoce, sous-maximale, ne montrait pas de manifestation ischémique. Ses antécédents sont notamment marqués par une amputation transfémorale droite d'origine vasculaire, il y a 4 ans, un diabète de type 2 multicompliqué (rétinopathie, néphropathie, AOMI, cardiopathie ischémique, neuropathie). Madame M. ne rencontrait pas de difficultés particulières dans la vie quotidienne avec sa prothèse de membre inférieur. Elle est secrétaire, actuellement en arrêt maladie, en invalidité de première catégorie suite à son amputation. Vous apprenez également que sa vitesse de marche avant l'événement cardiaque était de 5 km/h.

A Question 1

Quelle(s) déficience(s) pouvez-vous vous attendre à trouver chez cette patiente ?

- A. troubles de la marche
- B. dyspnée

- C. douleur
- D. neuropathie sensitive
- E. perte d'autonomie aux transferts

A Question 2

Quelle(s) échelle(s) d'évaluation des limitations d'activité pouvez-vous utiliser dans le cas de cette patiente ?

- A. grille AGGIR
- B. test de marche de 6 minutes (TM6)
- C. *Montréal Cognitive Assessment* (MoCA)
- D. échelle de Berg
- E. échelle de Québec

A Question 3

Parmi les complications de l'hypomobilité et de décubitus suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) complication(s) précoce(s) ?

- A. ostéoporose
- B. escarres
- C. infection urinaire
- D. encombrement bronchique
- E. maladie thromboembolique veineuse

A Question 4

Lors d'un tour médical, votre externe, curieux et intéressé, vous questionne sur l'appareillage de Madame M.

Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) s'applique(nt) à la prothèse de Madame M. ?

- A. la prescription initiale peut être faite par un médecin dermatologue libéral
- B. le manchon est réalisé en matériau rigide
- C. la vitesse de marche de la patiente influencera le type de genou prothétique prescrit
- D. la prothèse a été réalisée par l'ergothérapeute du centre de rééducation
- E. une participation de la MDPH est nécessaire pour la prise en charge d'un tel appareillage

A B Question 5

Que prescrivez-vous pendant l'hospitalisation de cette patiente en service de MPR ?

- A. titrage des médicaments à visée cardiovasculaire
- B. entraînement aérobie
- C. travail du schéma de marche
- D. renforcement musculaire global pour augmenter la masse musculaire
- E. une ou des actions ponctuelles d'éducation thérapeutique

A B Question 6

Madame M. souhaite reconduire sa voiture. Elle est titulaire du permis B, mais n'a plus conduit depuis son amputation.

Dans le cas de Madame M., quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) correcte(s) ?

- A. l'amputation de cuisse contre-indique légalement la conduite
- B. le passage devant un médecin agréé par le préfet est indispensable

- C. vous devez informer la préfecture en tant que médecin responsable
- D. l'évaluation sur simulateur automobile est proposée
- E. il est possible d'associer une boîte automatique à une inversion des pédales pour permettre à Madame M. de conduire.

A B Question 7

Après un retour à domicile, le périmètre de marche avec prothèse et une canne est d'environ 500 mètres. Elle est parfaitement autonome pour l'ensemble des activités de vie quotidienne.

Parmi les propositions suivantes relatives à la prise en charge à la sortie de Madame M., laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s) ?

- A. vous adressez directement un courrier aux rééducateurs libéraux
- B. vous prescrivez de la kinésithérapie pour poursuite du réentraînement à l'effort
- C. vous prescrivez de la kinésithérapie pour des massages du moignon
- D. vous prescrivez de l'ergothérapie en rééducation de ville
- E. vous prévoyez une consultation de suivi en MPR

Cas clinique 6

Items 118, 199, 247, 253, 335.

Vous admettez dans votre service Madame R., 52 ans, à dix-neuf jours d'un AVC ischémique sylvien superficiel droit de cause cardio-embolique sur un anévrisme ventriculaire gauche. Madame R. est droitnière et vit seule à son domicile situé de plain-pied au rez-de-chaussée. Elle pratique habituellement le sport en salle trois fois par semaine et la marche nordique ou le vélo à assistance électrique le week-end. Cependant, depuis la pandémie SARS-Cov2 elle a stoppé toutes ses activités et a doublé sa consommation tabagique évaluée à 30 paquets-années. Avant son AVC, elle télétravaillait depuis son domicile pour une banque en tant que cadre. Il y a dix-neuf jours, elle a pu bénéficier d'une thrombolyse. Son score NIHSS d'entrée en filière thrombolyse était à 16.

A Question 1

Lors de votre examen d'admission vous calculez de principe le score NIHSS.

Quel(s) symptôme(s) vous attendez-vous à retrouver à l'examen clinique ?

- A. une aphasie de compréhension
- B. un déficit moteur isolé du membre inférieur gauche
- C. un déficit sensitivomoteur hémicorporel gauche
- D. une hémianopsie latérale homonyme droite
- E. une anosognosie

A Question 2

Le score NIHSS est à 12. Il y a une atteinte motrice et sensitive de l'hémicorps gauche. Vous trouvez une atteinte motrice et sensitive de l'hémicorps gauche

avec un testing selon MRC au membre inférieur évalué en proximal à 3/5 et en distal à 2/5. Par contre, le testing du membre supérieur est compliqué et évalué sans tonus musculaire. Il y a probablement une hémianopsie latérale homonyme droite. Vous ne trouvez pas d'aphasie ni de dysarthrie associée à la paralysie faciale centrale en cours d'amélioration. Vous commencez la rééducation en lien avec l'équipe interdisciplinaire de rééducation.

Quel(s) professionnel(s) allez-vous faire intervenir ?

- A. l'orthophoniste
- B. le kinésithérapeute
- C. l'ergothérapeute
- D. le podo-orthésiste
- E. le neuropsychologue

A Question 3

Lors de la visite médicale du service, vous constatez une douleur importante du poignet gauche et une douleur moins bruyante de l'épaule gauche. L'horaire est difficile à caractériser, la mobilisation passive est douloureuse et non limitée en amplitude. Le poignet est chaud et gonflé comparativement au poignet controlatéral. L'EVA est à 9/10 selon la patiente qui ne déclare pas de chute.

Quel(s) examen(s) demandez-vous en première intention ?

- A. aucun examen
- B. une NFS et un ionogramme sanguin.
- C. une radiographie du poignet
- D. une échographie de l'épaule gauche
- E. une IRM du poignet

A B Question 4

Les examens confirment votre hypothèse.

Quel(s) facteur(s) favorisant(s) retenez-vous pour cette patiente ?

- A. l'AVC
- B. l'hémianopsie latérale homonyme
- C. l'hémianégligence
- D. les troubles sensitifs initiaux
- E. l'anosognosie

A Question 5

Selon la CIF (classification internationale du fonctionnement), quelle(s) déficience(s) rapportez-vous chez cette patiente ?

- A. troubles de la marche et de la déambulation
- B. troubles de la vision
- C. troubles douloureux de la main et de l'épaule
- D. troubles de la motricité des doigts
- E. troubles de la prise des repas

A Question 6

Quelle(s) participation(s) sera (seront) restreinte(s) pour cette patiente ?

- A. reprise de la marche
- B. reprise de l'écriture manuscrite
- C. reprise des interactions sociales
- D. reprise de la marche nordique
- E. reprise du télétravail

A Question 7

Vous revoyez la patiente à un an de son AVC. Elle a bénéficié il y a huit mois d'une angioplastie coronarienne (stent actif) après une scintigraphie myocardique montrant une ischémie. Depuis elle est suivie régulièrement en cardiologie. Après une bonne récupération motrice, elle souhaite reprendre la marche nordique et vous consulte pour obtenir un certificat de non-contre-indication aux activités physiques demandé par son club. Étant donné son dossier vous prévoyez une épreuve d'effort.

Cette épreuve d'effort :

- A.** est indiquée pour cette dame
- B.** n'est pas indispensable car elle est suivie sur le plan cardiologique
- C.** permet de visualiser un tracé ECG d'effort
- D.** permet d'évaluer sa VO_{2max} ou son équivalent MET d'effort maximal
- E.** permet de visualiser sa cinétique de contraction ventriculaire gauche à l'effort

Cas clinique 7**Item 360.**

Vous voyez Monsieur P., fils d'un de vos patients, qui présente des gonalgies suite au match de foot auquel il a participé il y a dix jours. Après votre examen clinique, vous suspectez une atteinte ligamentaire du pivot central.

A Question 1

D'après les informations que vous avez, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) correcte(s) ?

- A.** une sensation de lâchage de genou vous fait évoquer ce diagnostic
- B.** la notion d'un shoot dans le vide lors du match vous fait évoquer ce diagnostic
- C.** l'impossibilité de poser le pied à terre vous fait évoquer ce diagnostic
- D.** la douleur à l'interligne fémorotibiale interne vous fait évoquer ce diagnostic
- E.** un test de Lachman positif vous fait évoquer ce diagnostic

A B Question 2

Que proposez-vous pour la prise en charge d'une atteinte du ligament croisé antérieur ?

- A.** une orthèse d'immobilisation est prescrite initialement
- B.** le glaçage, l'antalgie et la poursuite de l'appui sont préconisés à la phase initiale
- C.** la kinésithérapie a un rôle central dans le traitement
- D.** les objectifs de la kinésithérapie seront la prévention de la raideur articulaire et la récupération de la stabilité articulaire
- E.** vous prescrivez une IRM pour confirmer le diagnostic

Réponses**Cas clinique 1****Question 1**

Réponses correctes : B, E.

MIF : score maximal de 126 qui signifie une indépendance totale; il s'agit d'une échelle générique qui mesure les limitations d'activités (alimentation, toilette, marche, etc.), pas l'évaluation de la spasticité.

Question 2

Réponses correctes : B, D.

Question 3

Réponses correctes : B, C, D.

A : un traitement focal de l'hyperactivité musculaire tel que des injections de toxine botulinique est plus adapté au cas présent. E : réponse incorrecte car la marche reste possible.

Question 4

Réponses correctes : A, D.

B : échelle d'évaluation des blessés médullaires. C : échelle générique très globale du handicap, utilisée principalement dans les séquelles neurologiques motrices des AVC. E : échelle pour évaluation de l'équilibre.

Question 5

Réponses correctes : C, E.

Question 6

Réponses correctes : A, B, D.

L'analyse vidéoscopique permet une première analyse descriptive de la marche; les paramètres de cinétique articulaire sont obtenus à partir de plateformes de forces intégrées au sol. Le score de Borg est utilisé pour estimer la pénibilité à l'effort ressentie lors d'un exercice et pour avoir un reflet des capacités cardio-respiratoires lors d'un effort physique.

Question 7

Réponses correctes : C, D.

La MDPH peut participer au financement des aménagements, l'AGEFIPH ou le FIPHFP aussi si le véhicule est utilisé au travail. Seul un médecin agréé par la préfecture peut valider le permis.

Cas clinique 2**Question 1**

Réponses correctes : C, D, E.

A : arthrose de hanche! Attention aux douleurs de hanches qui sont projetées au niveau du genou; devant des amplitudes articulaires correctes et peu douloureuses de genou, évoquer en priorité une

arthrose de hanche cliniquement. B : en première intention, radiographie du bassin face + hanche droite face et profil \pm genou avec les différentes incidences (schuss : recherche des signes précoces d'arthrose notamment dans les compartiments postérieurs). C : $120-140^\circ$ = normal. D : IJ = chaîne postérieure, fléchisseurs de genou. E : signe du glaçon.

Comprendre la nomenclature internationale, au niveau du genou :

- si recurvatum 10/0/130;
- si flectum 0/20/130;
- si normal 0/130.

Question 2

Réponses correctes : B, C, D, E.

A : F-E/ABD-ADD/RE-RI pour les amplitudes de hanche : donc abduction 30° et adduction 15° . B : arthrose = maladie chronique évoluant par poussées avec douleurs mécaniques et inflammatoires (lors des poussées). C : place de la kinésithérapie dans la coxarthrose. D : Les signes radiologiques de l'arthrose sont la diminution de l'interligne articulaire, l'ostéocondensation, les géodes et les ostéophytes. E : à proposer dès que surcharge pondérale.

Question 3

Réponses correctes : B, C, D, E.

A : tous deux professionnels de l'appareillage : orthoprothésiste : grand appareillage sur mesure (orthèse sur mesure et prothèse) et petit appareillage; podo-orthésiste : chaussures thérapeutiques sur mesure, orthèses plantaires, etc. B : contexte psychologique traumatique aigu; psychologue voire psychiatre si besoin (addiction à l'alcool, prise en charge comportementale, stress aigu). C : oui pour travailler sur le schéma corporel, la prise de conscience des capacités restantes. D : travail fonctionnel, renforcement musculaire, entretien des amplitudes articulaires, etc. E : gain en autonomie.

Question 4

Réponses correctes : C.

A et B : déficience; D et E : restriction de participation.

Question 5

Réponses correctes : B, C, D, E.

A : marche = au niveau de la hanche, 30° de flexion et 10° d'extension. B : escaliers alternés = flexion de hanche de 110° et extension de hanche 10° . C : oui. D : le bassin s'abaisse côté oscillant et le tronc côté appui = définition de la boiterie de Trendelenburg (faiblesse du moyen fessier que l'étiologie soit neurologique, musculaire ou orthopédique comme la coxarthrose). E : flexion antérieure du tronc lors de la phase d'appui en lien avec un déficit d'extension (rétraction des fléchisseurs ou coxopathie) ou déficit quadricipital.

Question 6

Réponses correctes : A, B, E.

A :

B : on enfonce une porte ouverte avec cet item mais il est **essentiel** de savoir les conditions de vie du patient

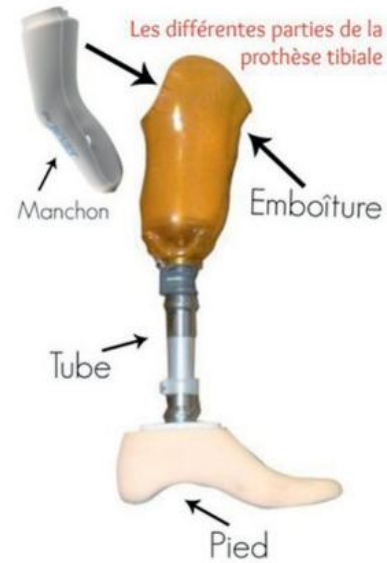


Fig. 27.2.

avant l'accident. On ne proposera pas une lame de course à un patient qui ne faisait pas de jogging ! C : prothèse = grand appareillage. D : systématique pour toute prescription de grand appareillage. E : la prise en charge est la suivante : orthèses et prothèses = 60 % (hors ALD) à 100 % (en ALD); podo-orthèses = 60 % (100 % si ALD).

Question 7

Réponses correctes : B, E.

A : pas d'affirmation possible; critères de Budapest sensibles à 99 % et spécifiques à 68 %. B : oui avec réalisation d'un bilan biologique, d'autant plus qu'il y a du matériel d'ostéosynthèse. C : non, diagnostic clinique ! La radiographie servira pour le diagnostic différentiel (déplacement du matériel d'ostéosynthèse ?). D : dès que SDRP probable, kinésithérapie mais en infra-douloureux. E : technique cognitive à visée antalgique réalisée par les deux professionnels de santé.

Cas clinique 3

Question 1

Réponses correctes : A, B, C, D.

A : < 20 ans. B : drapeaux jaunes = facteurs de risque psychosocial avec risque accru de passage à la chronicité. Il faut également penser aux drapeaux bleus et noirs en lien avec le travail. C : nouvelle terminologie : poussée de lombalgie aiguë = lombalgie aiguë. D : oui, car un drapeau rouge. E : non, pas d'emblée en l'absence de signes neurologiques.

| Drapeaux rouges | Drapeaux jaunes |
|--|---|
| <i>Évocateurs d'une pathologie sous-jacente spécifique, grave ou possédant un traitement spécifique</i> | <i>Correspondent aux facteurs de risque de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> – Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit – Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue de cheval) – Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée) – Traumatisme important (tel qu'une chute en hauteur) – Perte de poids inexpliquée – Antécédent de cancer – Usage de drogue intraveineuse ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple, thérapie de l'asthme) – Déformation structurale importante de la colonne – Douleur thoracique (rachialgies dorsales) – Âge d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans – Fièvre – Altération de l'état général | <ul style="list-style-type: none"> – Problèmes émotionnels tels que la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales – Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave ; un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active – Comportements douloureux inappropriés, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur – Problèmes liés au travail (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité) |

(Source : HAS. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Mars 2019. Nous remercions la Haute Autorité de santé de nous avoir autorisés à reproduire ces tableaux. Ils sont également consultables sur le site www.has-sante.fr rubrique "Toutes nos publications")

Question 2

Réponses correctes : A, D, E.

B : restriction de participation. C : limitation d'activité.

E : oui, les facteurs environnementaux correspondant aux éléments de l'environnement technique, naturel, relationnel, personnel et le contexte sociopolitique.

Question 3

Réponses correctes : B, D, E.

A : ischiatique : escarre de position assise (question = alitement prolongé). C : tachycardie par désadaptation cardiovasculaire. E : oui (+++).

Question 4

Réponses correctes : A, C, D.

A : oui, en l'absence de contre-indication. B : pas en première intention. C : à adapter selon la douleur. D : facteur de risque de chronicité, donc oui. E : non, on commence par une prise en charge active en libérale avant de programmer ce type de programme en cas d'échec.

Prises en charge non médicamenteuses indiquées ou possibles en cas de lombalgie commune.

Différentes prises en charge peuvent être associées.

| | | | Modalités |
|---------------------------|--|-----------|--|
| Première intention | Autogestion et reprise des activités quotidiennes (y compris la reprise précoce de l'activité professionnelle si possible) | Indiquées | |
| | Activités physiques adaptées et activités sportives | Indiquées | Activité progressive et fractionnée selon la préférence du patient |
| | Kinésithérapie | Indiquée | Chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité |
| Deuxième intention | Éducation à la neurophysiologie de la douleur ^a | Indiquée | Chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité |
| | Techniques manuelles (manipulations, mobilisations) | Possibles | Uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés |
| | Interventions psychologiques type TCC | Possibles | Uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés ; par un professionnel ou une équipe formés aux TCC de la douleur |



| | | | Modalités |
|----------------------------|---|----------|--|
| Troisième intention | Programme de réadaptation pluridisciplinaire physique, psychologique, sociale ^b et professionnelle | Possible | Chez les patients présentant une lombalgie ou une douleur radiculaire persistante, en présence de facteurs de risque psychosociaux faisant obstacle à leur rétablissement, ou en cas d'échec d'une prise en charge active recommandée À moduler en fonction de la situation médicale, psychosociale et professionnelle du patient |

TCC : techniques cognitivo-comportementales.

^a <http://sectionrachis.fr/index.php/recommandation-lombalgie/neurophysiologie-douleur/>

^b Il est recommandé que les programmes comportent des exercices actifs supervisés, une approche multidisciplinaire, des TCC et des mesures d'ordre social.

(Source : HAS. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Mars 2019. Nous remercions la Haute Autorité de santé de nous avoir autorisés à reproduire ces tableaux. Ils sont également consultables sur le site www.has-sante.fr rubrique "Toutes nos publications")

Traitements médicamenteux indiqués en cas de lombalgie commune.

| | | | Modalités |
|---------------------------|--|--|---|
| Première intention | Paracétamol | | Peut être utile à visée symptomatique pour traiter la douleur |
| | AINS | | Peuvent être proposés après évaluation de la balance bénéfice/ risque en fonction des antécédents, pour la plus courte durée possible, à la dose efficace la plus faible |
| Seconde intention | Opioides ^a | | Le risque de mésusage doit être pris en compte ^b Les opioïdes faibles peuvent être proposés avec ou sans association au paracétamol, à faible dose, en cas d'échec ou de contre-indication aux AINS, pour la plus courte durée possible Les opioïdes forts sont réservés aux lombalgies réfractaires aux prises en charge bien conduites (y compris programme de réadaptation pluridisciplinaire) pour la plus courte durée possible |
| | Antidépresseurs (tricycliques ou IRSNa) ^c | | Non indiqués en cas de poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie Peuvent être envisagés soit en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique ^d , soit en cas de troubles anxio-dépressifs associés, en tenant compte de la balance bénéfice/ risque |
| | Gabapentinoïdes ^c | | Non indiqués en cas de poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie Peuvent être envisagés en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique ^d , en tenant compte de la balance bénéfice/risque |

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens ; IRSNa : antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.

^a Il est recommandé d'informer le patient du risque d'effets secondaires des opioïdes. Le maintien d'un traitement par opioïdes faibles ou forts doit être très régulièrement réévalué en fonction des bénéfices qui auront été préalablement établis avec le patient (AE).

^b Il existe des outils pour détecter un risque de mésusage avant la première prescription (*Opioid Risk-Tool*) et avant un renouvellement (échelle POMI). En cas de risque de mésusage, une surveillance étroite du patient est conseillée (AE). En cas de mésusage avéré, une prise en charge conjointe avec un centre de la douleur ou d'addictologie est recommandée (AE).

^c Il est recommandé d'informer le patient de leur mode d'action (effet différé) et des effets indésirables (AE).

^d Score DN4 ou *pain detect*.

(Source : HAS. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Mars 2019. Nous remercions la Haute Autorité de santé de nous avoir autorisés à reproduire ces tableaux. Ils sont également consultables sur le site www.has-sante.fr rubrique "Toutes nos publications")

Question 5

Réponses correctes : B, C.

A : l'indication d'une imagerie est celle d'une IRM lombaire à la recherche d'une compression des racines lombosacrées dans ce contexte de suspicion de syndrome de queue de cheval. B : oui, échelle à connaître sur les déficiences pour évaluer une atteinte neurologique : cf. [annexe 9.1](#) au chapitre 9. C : vous recherchez une rétention aiguë d'urines. D : il s'agit d'une complication que l'on voit en cas de lésion médullaire ≥ T6, ce qui n'est pas le cas ici. E : la spasticité se ver-

rait en cas d'atteinte centrale à distance de la lésion. Ici, on est à la phase aiguë et on suspecte une queue de cheval = atteinte périphérique !

Question 6

Réponses correctes : C.

A : 3/5 fléchisseurs dorsaux (complet contre pesanteur) ; 2/5 fléchisseurs plantaires (attention pour être à 3/5 il faut se hisser sur la pointe des pieds sans aide). B : non, indication aux autosondages intermittents propres ! C : oui, en association aux troubles

vésicosphinctériens. D : non, limitation d'activité. E : non, restriction de participation.

Question 7

Réponses : A, C, E.

A : dysurie = difficulté pour uriner. B : ASIP = autosoignements intermittents propres, toutes les 3 à 4 heures soit six à sept par 24 heures (y compris la nuit). C : débitmétrie = évaluation de la quantité d'urines sur un temps donné (nécessité que le patient puisse uriner spontanément). D : anticholinergique en cas de vessie hyperactive. E : hypocontractile → ASIP (sinon risque de poussée pour uriner avec augmentation de la pression intravésicale, ce qui est à risque pour le haut appareil urinaire).

Cas clinique 4

Question 1

Réponses correctes : B.

À noter que la marche « sénile avec voltes multiples et rétropulsion » n'existe pas.

Question 2

Réponses correctes : A, B, C, D, E.

Il convient devant une marche d'allure extrapyramidale de chercher les signes cliniques évocateurs d'un syndrome parkinsonien, y compris dans les formes atypiques (AMS, PSP) et d'éliminer les causes curables (hydrocéphalie, méningiome...).

Question 3

Réponses correctes : A.

Question 4

Réponses correctes : A, C, E.

La MIF évalue la fonctionnalité globale, le *squeeze test* est un test tibio-fibulaire.

Question 5

Réponses correctes : C, D, E.

Question 6

Réponses correctes : C, D, E.

Le renforcement musculaire peut-être proposé mais le cœur de travail doit être une activité aérobie, trois fois par jour, 20 à 30 minutes par séance. Elle stimule la production de dopamine endogène et améliore l'absorption de levodopa. Elle permet donc de retarder l'apparition des effets dose-dépendants de la L-dopa : dyskinésies de milieu de dose, akinésies de fin de dose.

Question 7

Réponses correctes : A, C.

Pas d'indication aux antalgiques anti-douleurs neuropathiques. Pas de contre-indication à l'utilisation des paliers 3 chez le patient parkinsonien.

Cas clinique 5

Question 1

Réponses correctes : B C

A : limitation d'activité. B : déconditionnement cardiorespiratoire. C : à rechercher systématiquement : nociceptif/neuropathique surtout dans le cadre de l'amputation et de la neuropathie diabétique. D : la neuropathie diabétique est une étiologie, pas une déficience. E : limitation d'activité.

Question 2

Réponses correctes : B, D.

A : échelle pour les patients > 60 ans, dans le cadre de l'évaluation de l'autonomie pour l'attribution de l'APA. C : échelle d'évaluation d'une déficience cognitive. D : équilibre. E : échelle d'évaluation de limitation d'activité dans la lombalgie commune chronique.

Question 3

Réponses correctes : B, C, D, E.

A : chronique. B : tant que l'immobilité persiste.

Question 4

Réponse correcte : C.

A : dermatologue hospitalier. B : le manchon est l'interface souple qui entoure le moignon et vient s'insérer dans l'emboîture rigide qui, elle, est réalisée en polyéthylène ou en fibre de carbone. D : c'est l'orthoprothésiste.

Question 5

Réponses correctes : A, B, C, D, E.

B : l'entraînement cardiorespiratoire aérobie peut se faire soit en continu à intensité faible/modérée, soit en intervalles à haute intensité. C : patiente amputée fémorale, qui a été alitée, hospitalisée plusieurs semaines, dont la marche s'est très certainement dégradée.

Question 6

Réponses correctes : B, D, E.

A : il sera nécessaire de faire valider son permis de conduire, mais la conduite n'est pas définitivement contre-indiquée. C : vous informez la patiente de la nécessité de faire valider son permis de conduire, mais vous ne pouvez pas violer le secret médical. D : l'essai sur simulateur automobile permettra de proposer des adaptations du poste de conduite par exemple (inversion des pédales, boîte automatique...).

Question 7

Réponses correctes : B, E.

A : les courriers médicaux doivent passer par le patient qui choisit ou non de le transmettre au kinésithérapeute ou autre professionnel. C : objectif inutile. D : pas de nécessité *a priori* et pas de prise en charge par la Sécurité sociale pour l'ergothérapie libérale. E : afin d'évaluer l'efficacité de la rééducation en milieu libéral à la suite de l'hospitalisation.

Cas clinique 6

Question 1

Réponses correctes : C, D, E.

Un AVC sylvien (superficiel) peut se caractériser par un déficit moteur et sensitif hémicorporel controlatéral par atteinte des aires motrices et sensitives. À cette symptomatologie principale peut s'ajouter une hémianopsie latérale homonyme (HLH). Pour l'hémisphère mineur, on peut retrouver une anosognosie et une hémignégligence. L'aphasie est plutôt retrouvée dans l'atteinte de l'hémisphère gauche chez les droitiers. Les déficits moteurs, sensitifs, visuels et l'anosognosie sont bien testés dans le NIHSS.

Question 2

Réponses correctes : B, C, E.

L'orthophoniste ne paraît pas indiquée devant l'absence de troubles de la parole et de l'élocution. La prise en charge neuropsychologique sera centrale avec probablement un gros syndrome dysexécutif. Le podopodiatriste ne paraît pas indiqué dans l'immédiat au vu du tableau clinique (absence de déformation neuro-orthopédique dans les suites d'une spasticité, par exemple).

Question 3

Réponses correctes : B, C.

Dans le contexte, vous suspectez un SDRC de type 1, aussi appelé syndrome épaule-main. Il s'agit cependant d'un diagnostic d'élimination. Il faut éliminer un syndrome inflammatoire biologique qui ferait par exemple rechercher une arthrite (cause microcristalline ou infectieuse, entre autres). Il faut éliminer une fracture. La patiente présente des troubles cognitifs et aurait pu ne pas signaler sa chute. Pas d'IRM en première intention. L'échographie du poignet pourrait être utile en seconde intention en cas de syndrome inflammatoire biologique pour réaliser une ponction. Par contre, l'échographie d'épaule pourrait faire errer le diagnostic en montrant probablement une souffrance de la coiffe des rotateurs sans lien avec un SDRC de type 1 symptomatique au niveau du poignet surtout.

Question 4

Réponses correctes : A, B, C, D, E.

Le SDRC de type 1 est fréquent en cas d'AVC. De plus, des événements microtraumatiques pourraient être retenus comme facilitateurs de la survenue de ce syndrome. L'HLH, l'hémignégligence, les troubles sensitifs et l'anosognosie rendent le membre supérieur gauche vulnérable aux chocs lors des transferts et la déambulation, à l'origine de microtraumatismes.

Question 5

Réponses correctes : B, C, D.

A et E : limitation d'activité.

Question 6

Réponses correctes : C, E.

A : limitation d'activité ; il n'y a pas de restriction de participation pour la marche nordique car les déficiences sont compensées (bâton de marche et releveur). B : non, la patiente est droitère. C : oui, d'autant plus qu'elle exerce un travail posté sur ordinateur (E *idem*). D : non, les limitations sont compensées.

Question 7

Réponses correctes : A, C, D.

Une épreuve d'effort est indiquée chez cette patiente en raison de son âge, de sa cardiopathie et de son antécédent d'AVC. En effet, après 35 ans, la reprise du sport est subordonnée à la réalisation d'une épreuve d'effort. L'examen permet de dépister à l'effort des signes de mauvaise tolérance cliniques et paracliniques (tracé ECG, suivi tensionnel, suivi chronotrope) à l'effort. Par contre, elle se réalise chez un patient stable sur le plan cardiovasculaire. Ce n'est pas une épreuve cardiologique qui est diagnostique chez les patients instables. La spirométrie d'effort permet d'évaluer l'adaptation ventilatoire. Il n'y a pas d'échographie d'effort, qui est réalisée par le cardiologue à visée diagnostique. Le pic de VO_2 permet d'évaluer sa capacité maximale à l'effort en MET (*Metabolic Equivalent of Task*) et donc de ses capacités de reprise de la marche nordique intensive (entre 3 et 6 MET). Le MET permet aussi de calibrer l'intensité du réentraînement chez les patients éligibles au sport sur ordonnance. Au titre de l'ALD (AVC sur liste ALD 30), elle peut déjà bénéficier du sport sur ordonnance. Grâce à l'épreuve d'effort on pourra indiquer sa charge de travail maximale.

Cas clinique 7

Question 1

Réponses correctes : A, B, E.

C : plutôt douleur fracturaire si absence d'appui possible surtout à dix jours. D : plutôt atteinte méniscale. E : à réaliser avec recherche du tiroir antérieur (choc rotulien plutôt retrouvé à la phase très aiguë).

Question 2

Réponses correctes : B, C, D, E.

A : orthèse de stabilisation et de suppléance ; pas d'immobilisation (qui sont des orthèses statiques). B : oui (+++), appui selon douleur. C : oui, toutes les ruptures de LCA ne sont pas opérées ! D : oui, un genou s'enraidit vite et le renforcement musculaire participera à la stabilité. E : oui, diagnostic positif.