



MPR



PRÉSENTATION DU SERVICE

Patients : très riche en clinique neuro, possibilité de suivre les patients pendant leurs différentes rééducations (*orthophonie, kiné, ergothérapeute*). Peu de turn over des patients, environ 3-4 par étudiants, possibilité de les connaître vraiment bien.

Service : *arrivée à 9h,*

Hospitalisation traditionnelle -> beaucoup de rééducation.

Hospitalisation de jour -> suite de la prise en charge en hospit tradi + prise en charge de patients en ambulatoire pour des injections de toxine botulique et des bilans urodynamiques



LEXIQUE

AVC = accident vasculaire cérébral

AVP = accident de la voie publique

AVQ = activité vie quotidienne

BREF = batterie rapide d'efficiency frontale

BUD = Bilan Urodynamique

CBH = Claude Bernard Horner

CIF = classification internationale du fonctionnement

HDM = histoire de la maladie

HIP = hémorragie intra parenchymateuse

HLH = hémianopsie latérale

homonyme

HSA = hémorragie sous arachnoïdienne

HTO/HO = hypotension orthostatique

MI = membre inférieur

MMS = mini mental test

MS = membre supérieur

PC = paires crâniennes

RPM = réflexe photo moteur ou résidu post mictionnel

ROT = réflexe ostéo tendineux

TBLT = tremblements

TTT = traitement





RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

Voie motricité : voie pyramidale -> débute au cortex moteur primaire (*artère cérébrale moyenne pour la face et MS et a. cérébrale antérieure pour le MI*)
décussation au niveau du tronc cérébral (TC) - cordon ventral, descend le long de la moelle épinière (ME) au niveau du cordon latéral

Voies sensibles : Lemniscate -> sensibilité épicritique et proprioceptive : débute au cortex somatosensoriel, relai thalamus, décussation au niveau du TC (noyau gracile/cunéiforme), chemine niveau cordon postérieur de la ME

Extralemniscate -> sensibilité protopathique et thermo algique : idem mais décusse au niveau de la ME cordon antérieur

Circuit de la mémoire : Papez hypothalamus -> cortex cingulaire -> hippocampe
-> corps mamillaire

Langage : Aire de Broca : région inféro-postérieure du lobe frontal -> grossièrement associé à la production de mots parlés, Aire de Wernicke : gyrus temporal supérieur -> grossièrement associé à la compréhension du langage



PRINCIPALES PATHOLOGIES

HSA et **AVC** ischémique et hémorragique avec séquelles motrices, sensibles et cognitives. Atteinte selon la localisation

AVP avec traumatisme crânien ou traumatisme médullaire

Anosognosie -> le patient n'a pas connaissance de sa maladie

Aphasie -> troubles de la compréhension et/ou production du langage parlé

Apraxie -> « praxis » = action : déficience de l'organisation/programmation d'un comportement moteur volontaire, il existe de nombreuses variétés d'apraxie

Dysautonomie -> dysfonctionnement du système nerveux autonome

Extinction sensorielle -> test avec 2 stimuli symétriques = incapacité de percevoir un des stimulus appliqué sur le côté du corps controlatéral à la lésion
Héminégligence -> incapacité de détecter, s'orienter vers ou répondre à des stimuli lorsqu'ils sont présentés dans un côté du corps.

Parésie/plégie -> paralysie partielle (*parésie*) ou totale (*plégie*)

Hémi- = moitié latérale du corps, *para-* = moitié inférieure et *tétra-* = 4 membres

Sclérose en plaque (SEP) : atteinte inflammatoire du SNC par démyélinisation

Spasticité : augmentation du réflexe myotatique entraînant une raideur musculaire persistante, des spasmes ou contractures après une lésion neurologique centrale.



EXAMEN CLINIQUE

Examen clinique complet : cf fiche
urgences/médecine interne, ici spécifique

INTERROGATOIRE

Neuro : orientation spatio temporelle, signes fonctionnels neuro persistants (céphalées, perte de force, troubles visuels)

Mode de vie : métier et loisirs (*important pour côter le handicap*), lieu de vie (*douche italienne ou baignoire, présences d'escaliers ou d'étages...*)

Evaluation autonomie : s'il se lève seul, fait sa toilette seul, mange tout seul...

HdM : +++ date importante, ttt reçu en neuro, imagerie (*diagnostic fait ?*)

Systématique : motif d'hospitalisation (MdH), antécédents (ATCD), traitements en cours, allergies

EXAMEN PHYSIQUE

Neuro : paires crâniennes, tester tous les réflexes, raideur méningée

Recherche syndromes -> sd pyramidal (*spasticité, réflexes, Babinski, Hoffman*), sd extrapyramidal (*+rare, tbt de repos, marche à petit pas*), sd cérébelleux (*épreuve doigt nez, talon genou, Romberg*)

Examen sensitivo-moteur -> testing musculaire (*extenseurs des doigts et du poignet prédictif d'une bonne récupération si précoce, échelle de 0 à 5*), évaluation de l'amplitude musculaire et sensitif au niveau des MS/MI

La marche -> vitesse, longueur des pas, phase d'appui talon, demi tour, ballant bras, fauchage (*jambe raide déplacée en demi cercle*), steppage (*pointe du pied abaissée, besoin de lever haut de genou*), aide technique ?

Les sens -> audition, vue, toucher (*extinction sensorielle ?*)

Héminégligence et/ou HLH -> montrer le milieu du stéthoscope, champ visuel, orientation du patient dans la chambre (*vers la droite si HLH gauche, ou il tournera toujours à droite dans le service si héminégligence gauche*)

Praxie -> imiter un geste non symbolique, symbolique, dénomination d'objets

Cognition -> MMS, test des 5 mots de Dubois, test de l'horloge, mémoire (*antérograde = oubli à mesure, rétrograde = avant l'accident*), conscience du trouble (*anosognosie*)

Savoir donner les déficiences (lésions avec déficit, termes neurologiques comme hémiparésie droite), les restrictions d'activité (ne peut pas se déplacer seul) et de participation (du coup, ne peut pas reprendre son travail)



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Peu sont réalisés dans le service de MPR, le patient arrive de neurologie où le bilan a déjà été fait

Imagerie : IRM cérébrale, IRM lombaire, TDM cérébral, Bladder scan (*estimation volume vessie avec une sonde échographique*)

Recherche étiologique AVC -> **MAPA, Holter ECG**

Bilan de troubles vésicosphinctérien -> bilan urodynamique (**BUD**)

Tests faisables par les étudiants -> **HTO, BREF, MMS**



THÉRAPEUTIQUES

Kiné : réadaptation à la marche, renforcement musculaire, lutte contre la spasticité, récupération fonctionnelle motrice

Orthophonie : trouble du langage, de la mémoire, des praxies, des troubles exécutifs et de l'attention

Ergothérapie : travail de la motricité fine et non fine du MS, permet de réduire la restriction de participation en adaptant l'environnement du patient (*donner des couverts adaptés, fauteuils roulants, voir avec la famille pour le retour à la maison...*)

Toxine botulique : traitement de la spasticité (voie IM)

NOTES

