

## Peer review à thème préétabli 2021

### Evaluations cliniques – Cas

Ci-dessous, vous trouverez deux cas dans le cadre de l'évaluation clinique. En gras, vous trouverez des questions à discuter. Vous trouverez des réponses ou des informations complémentaires à ces questions dans le document séparé «Cas extra».

#### Cas 1 – Sylvia

Vous aidez une patiente, Sylvia, qui souffre de lombalgie chronique. Découvrez comment l'évaluation clinique structurée vous aide à mieux comprendre les problèmes de Sylvia.

Dossier:

**Nom** : Sylvia VC (42 ans) – **IMC** : 24

**Symptômes** : Douleurs intermittentes au bas du dos depuis déjà six ans. Aggravation les deux derniers mois.

**Activités** : Jardinage et promenades

**Participations** : Elle évite les activités avec ses amis car elle sent que la douleur l'empêche de bouger; en outre, elle bouge le moins possible au travail.

**Anxiété**, qui la décourage et l'inhibe.

Radiographie de la colonne lombaire : légère dégénérescence des facettes L3-L4-L5, légère discopathie, pas de conflits radiculaires

Anamnèse:

Sylvia ne se sent pas bien et souffre beaucoup, elle ne peut/ ose plus jardiner ou faire du jogging. Le médecin lui a conseillé d'arrêter pendant un moment. Elle décrit la douleur comme une douleur lancinante qui ressemble à une sorte de bande autour de ses reins. La douleur est présente presque continuellement, sauf la nuit, et non lorsqu'elle tousse ou éternue. De plus, vous ne remarquerez aucun signal d'alarme ni aucune remarque pendant la conversation.

Vous formulez sur la base de l'information ci-dessus trois hypothèses, afin de comprendre les raisons sous-jacentes possibles des plaintes:

1. Hypothèse 1: Pas d'événement social ou psychologique récent ayant joué un rôle déterminant ; les caractéristiques anatomiques de la colonne lombaire correspondent à l'âge.
2. Hypothèse 2: Un ou plusieurs dysfonctionnements du mouvement peuvent provoquer des symptômes intermittents ou entretenir les symptômes au niveau de la hanche, du bassin ou de la région de la colonne lombaire.
3. Hypothèse 3: Facteurs sociaux et/ou psychiques qui seraient susceptibles de jouer un rôle déterminant et qui pourraient ainsi avoir une grande influence sur les symptômes.

**(1) Vous voulez bien entendu tester ces hypothèses. Pour ce faire, utiliseriez-vous des tests cliniques ou surtout les mesures des résultats selon la patiente ? (La réponse peut varier selon l'hypothèse) Pourquoi?**

Vous commencez par une évaluation des fonctions anatomiques, et, dans ce cas-ci, vous voulez d'abord mesurer la douleur de Sylvia.

Vous consultez un des sites web suivants :

- <http://fr.scale-library.com/index.php>
- [www.rehabmeasures.org](http://www.rehabmeasures.org)
- <http://www.orthopaedicscore.com/>
- [https://www.physio-pedia.com/Category:Outcome\\_Measures](https://www.physio-pedia.com/Category:Outcome_Measures)

Ensuite, vous choisissez un des questionnaire suivants :

- Numeric Rating Scale pour la douleur pijn (NRS)
- McGill Pain Questionnaire (MPQ)
- Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire

**(2) Lequel vaut-il mieux utiliser ? Pourquoi ?**

Sylvia note un 5 sur l'échelle NRS de la douleur, qui vaut surtout en position assise

**(3) Comment communiqueriez-vous ce score à Sylvia? Comment exprimez-vous ce résultat? Que dites-vous et que ne dites-vous pas? Pourquoi?**

Après cela, vous examinez Sylvia, et vous remarquez une courbure normale dans les plans sagittal et frontal. Vous poursuivez le bilan du problème de Sylvia.

Pour deux mouvements sélectifs, Sylvia, après une séance d'apprentissage, ne parvenait pas à bien maîtriser l'exécution. En cinq répétitions, elle a dévié du mouvement simple demandé.

1. Soulever la jambe sur le côté, sans l'amener en rotation interne.
2. En position debout sur un pied, élévation du genou et du bassin sans rotation homolatérale du bassin.

Ces deux éléments indiquent une prédominance du muscle tenseur du fascia lata par rapport au muscle moyen fessier. Un test clinique peut aussi être un « signe comparable » (*comparable sign*), que l'on réalise avant et après la séance.



position debout)

Avant le traitement, Sylvia, en étant allongée sur le côté, est capable d'écartier les genoux de 10 cm, mais elle fait pivoter le bassin vers l'arrière. Cela lui provoque un pincement dans le dos, et le petit bassin à hauteur du grand trochanter bascule vers l'arrière.

Après la séance, Sylvia est capable d'écartier les genoux de 10 cm tout en maintenant le bassin à la verticale de la table de kinésithérapie. Le petit bassin se maintient au-dessus du grand trochanter. La tension du moyen fessier est maintenant meilleure.

**(4) Il s'agit d'un exercice analytique pour dissocier le moyen fessier du contrôle rotationnel de la jonction pelvienne / lombaire. Ceci concerne à la fois le moyen fessier sous-jacent et sus-jacent. Connaissez-vous des postures de départ plus fonctionnelles dans lesquelles nous pouvons stimuler cette fonction du moyen fessier? (toutes les postures en**

Vous voulez maintenant évaluer les facteurs sociaux et psychologiques qui affectent la participation de Sylvia.

**(5) Quel questionnaire pourriez-vous utiliser à cet effet ? Pourquoi ?**

L'échelle Tampa d'évaluation de la peur du mouvement vous donne en effet une bonne idée de la peur du mouvement qui empêche Sylvia de se déplacer normalement. Sylvia effectue le test, son score est de 40/68.

**(6) Consulter cet instrument de mesure (voir document complémentaire). Que signifie ce score?**

Sylvia a une très forte peur du mouvement. Vous concentrez le traitement sur la prise en charge de ce point, en plus du traitement axé sur les fonctions anatomiques.

Revenons aux 3 hypothèses que vous avez formulées au départ. Avec toutes les informations que vous avez collectées, vous pouvez confirmer vos trois hypothèses (p.3).

**(7) Comment confirmez-vous les 3 hypothèses originales?**

Vous pouvez commencer à élaborer le plan de traitement !

## Cas 2 - Pierre

Vous travaillerez avec Pierre, un patient atteint d'une maladie de Parkinson idiopathique. Découvrez comment l'évaluation kinésithérapeutique systématique vous aide à guider et traiter Pierre !

Dossier:

**Nom:** Pierre G. (74 ans)

Professeur d'école primaire à la retraite. Vit avec sa femme, et son degré d'autonomie est élevé.

**Antécédents médicaux :** hypertension modérée, a arrêté de fumer il y a 10 ans.

Première entrevue de kinésithérapie il y a un an pour la réadaptation des troubles moteurs et de l'incidence des chutes. Ses scores étaient :

- à l'échelle UPDRS Moteur dans la partie III (examen moteur) en période « ON » : 21/108
- à l'échelle de Hoehn et Yahr : 2,5/5
- à l'échelle de Schwab et England (activités de la vie quotidienne (*activities of daily living*, ADL) : score de 80 % (autonome, conscient de sa lenteur)

Après cela, il n'y a pas eu de mesure de suivi.

Signification des scores sur les tests:

- L'UPDRS (*Unified Parkinson's Disease Rating Scale*)
  - mesure les aspects moteurs et comportementaux de la maladie de Parkinson.
  - questionnaire, qui comprend 42 items, est divisé en quatre sous-catégories :
    - Fonction mentale, comportement et humeur ;
    - Activités de la vie quotidienne ;
    - Examen moteur, et
    - Complications de la thérapie.

- Echelle de Hoehn et Yahr
  - Distinction entre les stades de la maladie Parkinson
  - Echelle à cinq points
    - 0 = pas de signes d'atteinte.
    - 2.5 = légère atteinte bilatérale, avec récupération après test de stabilité.
    - 5 = patient en fauteuil roulant ou confiné au lit à moins qu'il n'ait de l'aide.
  
- Echelle de Schwab et England (ADL, activities of daily living, activités de la vie quotidienne)
  - Pour mesurer l'autonomie pour les tâches
    - Score 0 = perte des fonctions végétatives (déglutition, fonction de la vessie et des intestins).
    - Score 80% = complètement autonome, a besoin de deux fois plus de temps pour effectuer la plupart des tâches.
    - Score 100% = complètement autonome sans lenteur, sans fatigue et sans trouble.

Après une hospitalisation de 10 jours, Pierre frappe à votre porte. Voici le déroulement de son séjour à l'hôpital:

- Jour 1: Pierre est admis à l'hôpital avec une pneumonie associée à des troubles de la déglutition.
- Jour 4: Les prestataires de soins réalisent une série d'examens :
  - Évaluation neuropsychologique au moyen du test de Folstein (Mini-Mental State Examination, MMSE) : score de 24
    - *Le test de Folstein ou MMSE (Mini-Mental State Examination) permet de dépister les limites cognitives chez les personnes âgées. Le patient répond à toutes les questions sans aide. Un score inférieur à 24 (sur 30) indique un déficit.*
  - Échelle HAD des troubles anxieux : score de 10/21
  - Échelle HAD des troubles dépressifs : score de 9/21
    - *Le questionnaire HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) cherche à identifier des symptômes dépressifs et anxieux en écartant les symptômes somatiques. Il comporte 7 items pour évaluer la dépression et 7 items pour évaluer l'anxiété. Pour chaque item, le patient donne un score de 0 à 3 sur une échelle de Likert. Plus les scores sont élevés, plus les symptômes sont sévères.*
- Jour 10: Pierre quitte l'hôpital avec des symptômes de diminution de la motricité et une perte d'autonomie, comparé à son état avant l'hospitalisation.

**(1) À l'anamnèse, il n'y a pas de demande active de soins. En conséquence, par quoi commencez-vous en premier lieu ? Pourquoi ?**

- Vous prenez le plan de traitement de la dernière fois, et vous l'appliquez.
- Vous lui faites repasser les mêmes tests de kinésithérapie que la dernière fois.
- Vous refaites une anamnèse en rapport avec la situation actuelle.
- Avec Pierre et sa femme, vous cherchez ce qu'il souhaite voir amélioré.

Pour brosser un tableau objectif de son déclin afin de décider du traitement, vous refaites les mêmes tests. Vous lui faites repasser les tests, et vous observez les résultats suivants :

- échelle UPDRS Moteur dans la partie III
- échelle de Hoehn et Yahr : 3/5
- échelle de Schwab et England : 60 %

**(2) A quel type d'évaluation clinique appartiennent les 3 tests ci-dessus?**

Vous comparez ces résultats avec les résultats de la première entrevue :

	Résultats de la première entrevue	Résultats actuels
Echelle UPDRS Moteur dans la partie III	21/108	26/108
Echelle de Hoehn et Yahr	2,5/5	3/5
Echelle de Schwab et England	80%	60%

**(3) Que signifient ces résultats?**

**(4) Que faites-vous afin de permettre un suivi à long terme?**

Vous effectuez des tests cliniques fonctionnels que vous répétez plusieurs fois pendant le traitement, avec les résultats suivants :

- Test de marche de 10 mètres : 0,78 m/s
- Test Timed Up and Go : 14 sec
- Functional Reach Test : 20 cm
- Échelle d'équilibre de Berg : 41 cm

Sur la base des résultats de ces tests, vous élaborez un plan d'action et travaillez avec Pierre. Vous répétez régulièrement les mêmes tests cliniques. Voici comment il marque après quelques semaines:

- Functional Reach test: 24 cm
- Test Timed Up and Go: 12,5 sec

Cependant, Pierre et sa femme ne semblent pas remarquer d'amélioration. **(5) Que dites-vous?**

Après les premières semaines, toutefois, vous remarquez que les capacités physiques de Pierre ne s'améliorent plus. Vous comparez cela avec les résultats des tests, qui confirment votre impression.

**(6) Que faites-vous ? Pourquoi?**

- Je lui fais passer d'autres tests.
- J'ajuste le traitement.
- Je vais simplement continuer le traitement actuel.

Vous ajustez le traitement en fonction des résultats des tests. Vous décidez d'ajouter un renforcement musculaire et un entraînement aérobie en plus des exercices d'équilibre, de marche et d'étirement. De cette façon, vous traitez les problèmes de Pierre d'une manière plus ciblée !

**(7) Quels avantages de l'utilisation de l'évaluation clinique dans ce cas vous ont-ils été clairement présentés?**