

# **MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION**

## **Epreuve de vérification des connaissances pratiques**

### **SUJET 1 - Cas clinique appareil locomoteur**

Un patient de 35 ans, responsable commercial dans une entreprise de textile, marié père de deux enfants de 9 et 12 ans vous consulte car il souffre depuis 10 jours d'une douleur lombaire basse apparue brutalement en sortant de sa voiture puis 48 heures plus tard d'une irradiation de cette douleur à gauche, à la fesse, à la face postéro-externe de cuisse, externe de mollet, passant devant la malléole externe, sur le dos du pied jusqu'au gros orteil. La douleur lombaire est estimée par le patient à 35 mm sur une échelle visuelle analogique de 100 et la douleur radiculaire à 75 mm.

Votre interrogatoire et examen clinique apportent les informations suivantes : la douleur est impulsive, incomplètement soulagée par le décubitus et les antalgiques de niveau II; il existe un signe de la sonnette à gauche une augmentation de la douleur radiculaire lors de l'hyperextension du rachis, un signe de Lasègue direct à 45° et croisé à 70°, les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques, les réflexes cutané-plantaires sont en flexion, les réflexes cutané-abdominaux sont présents et symétriques, vous ne mettez pas en évidence de déficit moteur distal ou proximal aux membres inférieurs. Il n'y a pas de perte de poids, pas de notion de fièvre.

Enfin, vous apprenez que ce patient n'a pas d'antécédents médicaux ou chirurgicaux particuliers en dehors d'un épisode de lumbago par an depuis une dizaine d'années.

1- Quel est votre diagnostic ?

2- Quels sont les éléments de cette observation vous orientant vers une pathologie rachidienne commune d'une part et vers un conflit disco-radiculaire d'autre part ?

3- Proposez-vous un repos strict au lit à ce patient ?

4- Après 6 semaines d'évolution pendant lesquelles le patient a reçu des antalgiques de niveau II, des anti-inflammatoires non stéroïdiens et 3 infiltrations épidurales de cortico-stéroïdes, vous constatez que la symptomatologie n'est pas significativement modifiée. Proposez-vous des examens d'imagerie ? Si oui le(s)quel(s) et avec quel objectif ?

5- Vous décidez de confier votre patient à un chirurgien ? Quel type d'intervention va-t-il proposer à votre patient ? Quelles sont les 3 situations qui justifieraient une intervention en urgence chez ce patient ?

6- Votre patient est opéré et la radiculalgie disparaît en quelques jours. Cependant, il persiste des lombalgies supportables. Il vous consulte à nouveau 4 semaines après l'intervention afin de savoir :

- a- s'il peut reprendre ses activités sportives de loisirs
- b- s'il peut reprendre ses activités professionnelles.
- c- si ses lombalgies et leurs conséquences fonctionnelles pourraient être améliorées par de la rééducation.

Quelles sont vos réponses à ces trois questions ? Justifiez.

Quels sont les principaux objectifs du programme de rééducation à ce stade ?

7- Vous revoyez ce patient 2 ans plus tard et vous apprenez qu'il est en arrêt de travail depuis 1 an pour lombalgies invalidantes. Les différents examens d'imagerie n'ont pas mis en évidence de lésion justifiant une nouvelle intervention. Vous décidez de proposer à ce patient un programme de restauration fonctionnelle.

Citez 3 caractéristiques physiques du syndrome de déconditionnement à l'effort ?

Quelles sont les 3 principales composantes des programmes de restauration fonctionnelle ?

## **SUJET 2 - Cas clinique sclérose en plaques**

Mme C., une femme de 38 ans, secrétaire, est atteinte d'une sclérose en plaques révélée à 30 ans par une névrite optique régressive. Elle a présente pendant huit jours une faiblesse des membres inférieurs associée à des fuites urinaires ayant conduit à son hospitalisation en urgence en neurologie. A quinze jours de sa prise en charge en hospitalisation, malgré la réalisation de bolus de corticoïdes, le tableau est celui d'une myélite aiguë de niveau thoracique avec paraplégie sensitive et motrice incomplète des membres inférieurs et rétention complète d'urines.

1 - Enumérez les complications susceptibles de survenir chez cette patiente et les principes de leur prise en charge.

La patiente est transférée en service de médecine physique après trois semaines de prise en charge en neurologie. A l'examen à l'entrée, la cotation des muscles est estimée à 2 au niveau des membres inférieurs.

2 - Détaillez la prescription de rééducation que vous préconisez à cette date et pour les deux premiers mois en tenant compte de l'amélioration de la force musculaire après quinze jours d'hospitalisation.

A l'ablation de la sonde urinaire placée dès la phase initiale, cette patiente est incapable de ressentir le besoin d'uriner et de déclencher une miction.

3 - Quelles mesures peuvent-elles être proposées ?

Après deux mois d'hospitalisation, la récupération motrice autorise la marche sur 100 mètres à l'aide d'une canne, mais le passage du pas droit reste difficile en raison d'un steppage à ce niveau. L'examen révèle une spasticité du quadriceps et du triceps droits. Les mictions ont été reprises mais il persiste des fuites urinaires avec un résidu post-mictionnel évalué en échographie à 250 ml.

4 - Quelles mesures peuvent-elles être proposées à cette date et quelles seraient vos ordonnances de sortie?

5 - Quelles sont les mesures de surveillance médicale qu'il convient de proposer à cette patiente pour l'année à venir ?

6 - En vous basant sur la classification des handicaps, citez quelles sont les limitations d'activité et restrictions de participation auxquelles la patiente aura à faire face dans sa vie quotidienne ?

Mme C est rentrée chez elle avec un arrêt de travail de 2 mois : elle envisage de reprendre ultérieurement son activité professionnelle.

7 - De quelles mesures sociales cette patients peut-elle bénéficier ?