

Item 53 : Principales techniques
de rééducation et de réadaptation.
Savoir prescrire la
massokinésithérapie (Évaluations)

Date de création du document 2008-2009

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°01

Scénario :

Monsieur A., vingt-cinq ans, étudiant vétérinaire, vient consulter pour lombalgies. La symptomatologie évolue depuis trois ans. Le patient n'avait jamais consulté car les douleurs étaient auparavant intermittentes, de faible intensité, et étaient soulagées par du paracétamol acheté en vente libre en pharmacie. Depuis quatre mois, la symptomatologie s'est modifiée. Les douleurs sont plus intenses et plus invalidantes. Elles siègent au rachis lombaire et dans les fesses. Elles réveillent le patient vers 3 h du matin. Elles sont maximales en début de journée et entraînent un dérouillage matinal que le patient évalue à environ une heure. Le traitement par paracétamol s'est avéré inefficace. L'examen clinique trouve un sujet d'état général conservé. Il n'y a pas de fièvre. Le rachis lombaire est raide et douloureux à la palpation. Les manœuvres sacro-iliaques sont douloureuses, en particulier à gauche. Il n'y a pas de signe de Lasègue. L'examen neurologique est sans particularité. L'examen général est normal. Parmi les antécédents, on retient un tabagisme à cinq paquets-années et quelques lésions traumatiques : deux entorses de la cheville droite il y a cinq et deux ans, une entorse du genou gauche avec lésion du ménisque interne ayant nécessité une suture sous arthroscopie il y a trois ans, un accident de la voie publique il y a cinq mois, s'étant soldé par des plaies cutanées.

Ces recherches sont négatives. Vous revoyez le patient avec les résultats de clichés radiographiques (rachis thoracique et lombaire face et profil, bassin de face – ce dernier étant sur le cliché joint).

Les résultats des examens de laboratoire sont les suivants :

- hémoglobininémie : 13 g/100 ml ; leucocytes : 5 300/mm³ (65 % de polynucléaires neutrophiles, 25 % de lymphocytes) ; plaquettes : 188 000/mm³ ;
- vitesse de sédimentation : 8 mm ; protéine C réactive : 4 mg/l (N < 5) ; - natrémie : 142 mEq/l ; kaliémie : 4,1 mEq/l ; albuminémie : 39 g/l ; créatininémie : 85 µmol/l ;
- calcémie = 2,35 mmol/l.

Le problème digestif est réglé. L'évolution ultérieure de la spondylarthrite ankylosante se fait vers une aggravation des symptômes. Le patient est très invalidé. Il existe une résistance ou une contre-indication à tous les traitements « classiques » locaux ou généraux.

La maladie est peu active pendant plusieurs mois. Malheureusement, l'évolution se fait vers un échappement thérapeutique. Le patient vient vous demander conseil. Il lui a été proposé d'être inclus dans une étude testant l'efficacité d'un nouveau traitement, en comparaison avec un placebo.

QUESTION 1/7 :

Vous évoquez le diagnostic de spondylarthropathie. Quels éléments complémentaires importants en faveur de ce diagnostic recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?

Réponse attendue :

Interrogatoire : antécédents familiaux de spondylarthrite ankylosante ou de spondylarthropathie, antécédents familiaux de psoriasis, antécédents personnels de psoriasis, d'entérocologie inflammatoire (Crohn et rectocolite hémorragique), d'arthrites périphériques, d'orteil ou doigt en « saucisse », de talalgies, d'uvéite antérieure.

Examen clinique : psoriasis.

QUESTION 2/7 :

Outre une spondylarthropathie :

1. Quelles sont les principales autres hypothèses diagnostiques ? Discutez-les.
2. Quel examen d'imagerie doit être privilégié dans le cadre du diagnostic ?

Réponse attendue :

- Spondylodiscite infectieuse ou sacro-iliite infectieuse :- Pour cette hypothèse : lombalgies d'horaire inflammatoire ; plaies cutanées peu de temps avant le début des troubles ; brucellose, compte tenu de son emploi.- Contre cette hypothèse : pas de fièvre ; pas de syndrome inflammatoire ; pas de polynucléose neutrophile ; radiographies retrouvant une sacro-iliite bilatérale.- Tumeur osseuse :- Pour cette hypothèse : douleurs d'horaire inflammatoire.- Contre cette hypothèse : pas d'altération de l'état général ; examens biologiques et radiographie standards. Il existe une sacro-iliite évidente radiologiquement, ce qui permet de ne pas discuter d'autre imagerie.

QUESTION 3/7 :

Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante est retenu. Quelle est votre attitude thérapeutique ? Quel suivi planifiez-vous ?

Réponse attendue :

Après quelques semaines, le patient se plaint de gastralgies. La fibroscopie œsogastroduodénale objective un ulcère gastrique prépylorique de 0,5 cm de diamètre, macroscopiquement bénin (les biopsies réalisées n'objectivent que des remaniements inflammatoires banals).

QUESTION 4/7 :

Quelle doit être la conduite à tenir ?

Réponse attendue :

- Arrêt des anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- Arrêt du tabac si non fait.

- Traitement antisécrétoire pendant six semaines (IPP).
- Éradication d'*Helicobacter pylori* si la recherche est positive :- antisécrétoire double dose pendant une semaine ;
- associé à double antibiothérapie parmi amoxicilline, clarithromycine, métronidazole pendant une semaine ;
- puis arrêt ou poursuite de l'antisécrétoire trois semaines à simple dose.
- Contrôle endoscopique et histologique à huit semaines.

Contre-indications : aux anti-inflammatoires non stéroïdiens ; ou association définitive AINS-IPP et contrôle de la fibroscopie.

QUESTION 5/7 :

1. Quelle classe thérapeutique peut être envisagée ?
2. Quelles sont ses principales contre-indications

Réponse attendue :

Anti-TNF α . Principales contre-indications :

- infections actives ;
- situations à haut risque d'infection ;
- sclérose en plaques ; - insuffisance cardiaque congestive ;
- néoplasies et cancers, sauf ceux traités depuis plus de cinq ans et guéris ;
- lésions précancéreuses en l'absence d'avis d'un oncologue ou d'un hématologue ; - grossesse, allaitement.

Le bilan préthérapeutique doit comporter obligatoirement un interrogatoire et un examen soigneux à la recherche de contre-indications et/ou d'antécédents ou signes pouvant faire craindre une contre-indication.

Selon l'AFSSAPS : interrogatoire soigneux à la recherche de situation à risque de tuberculose, une radiographie pulmonaire, une IDR à la tuberculine.

QUESTION 6/7 :

La thérapeutique envisagée est efficace, mais le patient garde quelques douleurs persistantes. Il a entendu parler des cures thermales et vous demande quelles en sont les modalités et si elles pourraient lui être bénéfiques. Que lui répondez-vous ?

Réponse attendue :

La crénothérapie est l'ensemble des traitements appliqués à un patient pendant son séjour dans la station thermale :

- dans la plupart des cas, des soins de kinésithérapie et de rééducation sont effectués ;
- utilisant souvent les eaux thermales ou leurs dérivés (boue) ; - ayant lieu dans une station agréée ;
- au cours d'une période d'environ trois semaines en général.

Les soins sont quotidiens. Le médecin doit remplir un formulaire de prise en charge comportant l'orientation thérapeutique et le nom de la station thermale. La demande est adressée par le patient à la sécurité sociale. L'efficacité à long terme des cures thermales sur la douleur ou le handicap n'est pas démontrée. Elles peuvent cependant être utiles dans la spondylarthrite ankylosante.

Elles sont contre-indiquées en cas de poussée inflammatoire. Elles sont également contre-indiquées en cas de traitement immunosupresseur.

QUESTION 7/7 :

Il vous demande ce qu'est :

1. un placebo ;
2. l'effet placebo ;
3. l'effet thérapeutique ;
4. et pourquoi l'étude comporte un groupe « placebo ».



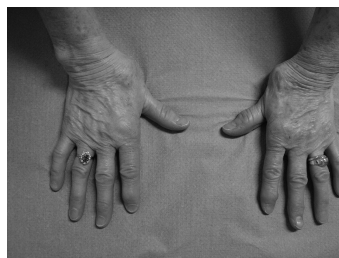
Réponse attendue :

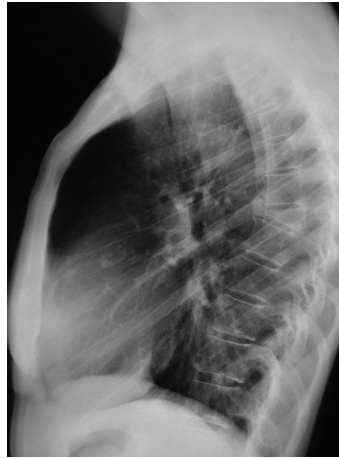
1. Le placebo est une substance inerte (dépourvue d'activité pharmacologique), délivrée dans un contexte thérapeutique.
2. L'effet placebo est un effet thérapeutique produit par la prescription d'une substance inerte (dépourvue d'effet pharmacologique).
3. L'effet de tout traitement pharmacologique résulte d'un effet pharmacologique et d'un effet placebo.
4. Dans l'étude, l'utilisation d'un groupe placebo permettra de connaître les effets pharmacologiques de la molécule testée à condition que l'étude soit réalisée en double aveugle (double insu) et soit randomisée. Les études contre placebo sont nécessaires pour évaluer l'efficacité et la tolérance des traitements.

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°03

Scénario :

Madame C., âgée de cinquante-six ans, employée de bureau, consulte pour des douleurs articulaires des mains, de l'épaule droite et du rachis lombaire. Elle vous explique que la douleur lombaire a débuté à l'âge de cinquante ans, brutalement, en portant une grosse valise. Depuis, elle a une douleur lors des efforts de soulèvement. Elle a une douleur de l'épaule droite, depuis un mois, qui s'est installée petit à petit. Elle est surtout gênée pour lever le bras mais elle arrive quand même au bout du mouvement. Elle a, enfin, depuis deux mois une gêne des deux mains, surtout des interphalangiennes proximales, notamment les dix premières minutes du matin. Cela dit, elle va beaucoup mieux depuis quinze jours car son médecin lui a prescrit un anti-inflammatoire. Il semble qu'elle a eu par le passé des poussées beaucoup plus aiguës qui avaient aussi été améliorées par ce traitement. Dans ses antécédents, on retient seulement une sécheresse buccale qu'elle attribue à la prise régulière d'un antidépresseur (Anafranil) pour un état dépressif, cet effet secondaire étant noté sur l'ordonnance du psychiatre qui la suit. Elle est ménopausée depuis onze ans, sans substitution. Elle a fait une fracture du poignet droit il y a deux ans en chutant sur le verglas. La taille est de 168 cm et le poids de 45 kg. Elle fume un paquet de cigarette par jour. Elle boit 30 g d'alcool par jour. L'épaule droite n'est limitée ni activement ni passivement mais elle est douloureuse et ne résiste pas du tout à la manœuvre de Jobe, douloureuse à celle de Yocum mais pas à celles de Patte, Gerber, palm-up, Hawkins et Neer. Le rachis est aujourd'hui souple (Schöber : 5 cm ; ampliation thoracique : 7 cm). Les interphalangiennes proximales et distales des deux mains sont le siège de déformations, ainsi que les bases des pouces (cliché ci-dessous). Le reste de l'examen est normal. La tension artérielle est à 130/80 mm Hg. Elle vous apporte aussi une radiographie du rachis thoracique de profil (cliché ci-dessous) faite par son médecin traitant l'année précédente à l'occasion d'une dorsalgie post-traumatique (ivresse aiguë).





QUESTION 1/7 :

Quels sont les trois problèmes rhumatologiques que vous relevez et quelles en sont les étiologies ? Justifiez.

Réponse attendue :

Épaule douloureuse avec rupture du tendon du supra-épineux dans le cadre d'une souffrance sous-acromiale :

- manœuvre de Jobe : tendinite du supra-épineux ;
- manœuvre de Yocum : souffrance sous-acromiale.
- Arthropathie des mains :- horaire mécanique ;
- déformations des interphalangiennes proximales et distales ;- rhizarthrose (pouce adductus bilatéral).

- Ostéoporose post-ménopausique :
- fracture du poignet ;
- facteurs de risques d'ostéoporose ;
- fracture vertébrale d'allure bénigne.

QUESTION 2/7 :

Quelles pathologies vous paraît-il important d'éliminer pour expliquer la pathologie des mains ? Pourquoi ?

Réponse attendue :

Une chondrocalcinose, notamment dans le cadre d'une hémochromatose ou d'une hyperparathyroïdie. Une autre pathologie inflammatoire destructrice (arthrite) aurait pu entraîner cette arthropathie (rhumatisme psoriasique notamment, PR voire syndrome sec associé à une arthrose).

QUESTION 3/7 :

Quels examens paracliniques sont nécessaires pour l'exploration des douleurs des mains de cette patiente ? Quels résultats doit-on en attendre ?

Réponse attendue :

- Fer, coefficient de saturation de la transferrine.
- Calcémie, phosphatémie, calciurie.
- Facteurs rhumatoïdes, anti-CCP.
- Facteurs antinucléaires.
- Radiographie des genoux et du bassin pour recherche de chondrocalcinose.

QUESTION 4/7 :

Elle vous demande si un examen des os (ostéodensitométrie) ne serait pas nécessaire pour expliquer toutes ces douleurs. Que lui répondez-vous ?

Réponse attendue :

Oui, une ostéodensitométrie est nécessaire pour rechercher une ostéoporose car la patiente a :

- un antécédent de fracture du poignet ;
- des facteurs de risques :
 - IMC bas ;
 - fracture ;
 - ménopause ;
 - tabac et possible intoxication éthylique ;
 - chutes ;
 - possible hémochromatose.

QUESTION 5/7 :

Quels sont les objectifs d'une prise en charge kinésithérapique pour cette patiente ?

Réponse attendue :

- Soulager la douleur sur l'épaule et sur les mains : physiothérapie (thermothérapie, ultrasons, ionisations, massages).
- Mobiliser les articulations des mains après réduction de la douleur (glaçage).
- Travailler une remise en tension des muscles de la coiffe après réduction de la phase douloureuse aiguë : balnéothérapie, travail actif contre résistance progressive, rééducation en décoaptation des rotateurs et abaisseurs de l'épaule.
- Éduquer pour une prévention d'une surcharge du rachis lombaire. Renforcer la sangle abdominale et étirer les muscles sous-pelviens.

QUESTION 6/7 :

Existe-t-il une justification à la balnéothérapie chez cette patiente ? Justifiez.

Réponse attendue :

Il s'agit d'une spondylodiscite car :

- geste chirurgical (porte d'entrée) ;
- fièvre ;
- syndrome inflammatoire ;
- hypersignal des corps vertébraux en miroir avec hypersignal discal.

QUESTION 7/7 :

La patiente est gênée pour ses activités ménagères, à son bureau et dans les activités de préhension prolongée. Prendriez-vous l'avis d'un autre professionnel paramédical pour cette patiente ? Lequel ? Qu'en attendez-vous ?

Réponse attendue :

- Repos au lit.
- Hémocultures, ECBU.
- Ponction discale radiologiquement guidée si hémocultures négatives.
- Double antibiothérapie après les prélèvements.