

## Cas clinique – AVC sylvien gauche

David est un homme de 45 ans qui travaille dans une banque au Luxembourg. Il vit avec son fils dans un appartement avec escalier (duplex). Il est divorcé de sa femme depuis 3 ans. Leur appartement se trouve au 3ème étage et est accessible par ascenseur. Il avait pour habitude de faire du fitness dans les locaux de la banque et d'aller courir avec ses collègues de travail une fois par semaine.

Il rapporte qu'il a été transféré à l'hôpital le 14.08.2023 parce qu'ils ont remarqué une déviation de la bouche et aggravation de céphalées d'apparition brusque à son lieu de travail. A l'hôpital il a subi une angio-IRM cérébrale qui a montré une occlusion de l'artère cérébrale moyen dans le segment M1 gauche. Le NIHSS était coté à 3. Le patient a subi une thrombectomie le 14 août après quoi le NIHSS est passé à 13. Le dossier médical reprend des antécédents d'hypertension artérielle et de diabète de type 2.

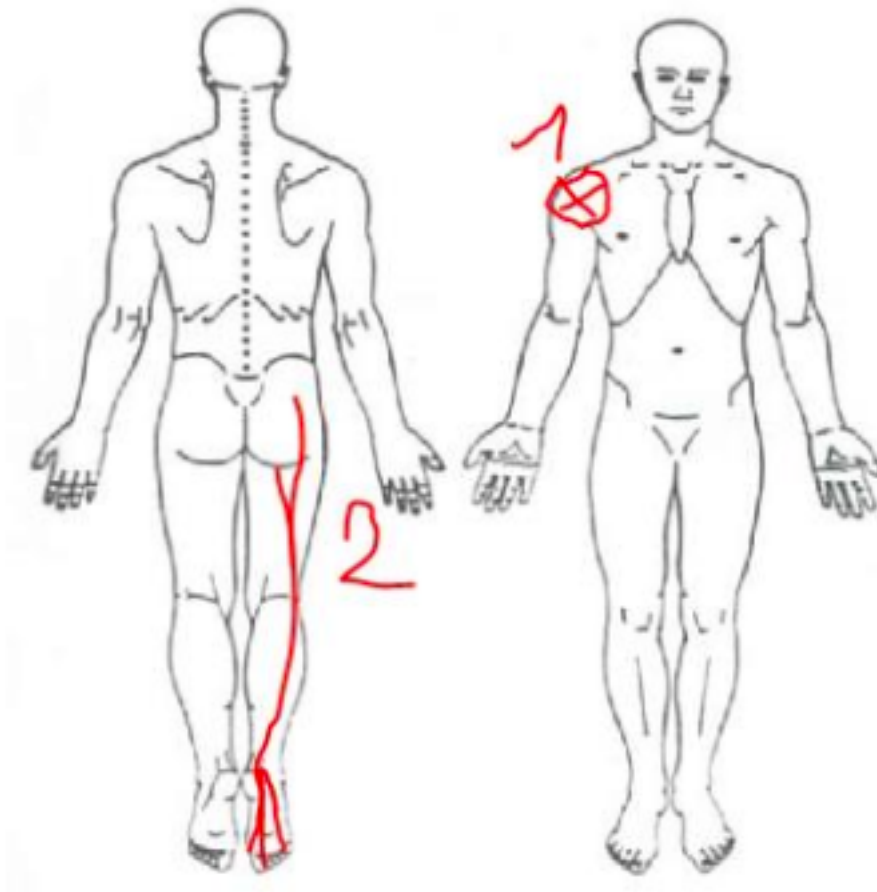
À l'examen clinique, le médecin a constaté que le patient était conscient et orienté. Il a constaté une paralysie faciale centrale avec des difficultés à réaliser une protrusion linguale et à montrer les dents. Le patient a des difficultés à avaler et suit un régime mixte avec de l'eau gélifiée. En termes de sensibilité, une hypoesthésie a été notée dans l'hémicorps droit. La sensation de toucher et de pression reste déficiente, de même que la proprioception. Les sensations algiques et thermiques semblaient correctes au moment de l'anamnèse. Au niveau des articulations, il n'y a pas de limitation d'amplitude sauf au niveau de l'épaule droite qui est algique dans les amplitudes au-delà de 90° d'abduction et d'élévation (NRS 5/10).

Au test musculaire, le médecin a constaté une hémiparésie droite complète du membre supérieur. Au niveau des membres inférieurs, les muscles psoas, abducteurs et ischio-jambiers sont à 2/5. L'adducteur de la hanche et le quadriceps sont pointés à 3/5. Le triceps sural, le tibia antérieur, ainsi que l'inverseur et les éverseurs du pied restent sur une MRC 0/5. En outre, il existe une spasticité accentuée du membre supérieur évaluée à 1+4 dans les muscles fléchisseurs du poignet et des doigts. Spasticité de 1/4 dans le pronateur et le biceps brachial. Le médecin a noté un clonus épuisable en 10 secondes au niveau du triceps sural.

Sur le plan cognitif, le patient présente un ralentissement idéatoire et moteur relativement important. Il note que le patient a des difficultés à trouver les mots justes, bien que la compréhension tout au long de l'anamnèse semble correcte.

Actuellement David se déplace en fauteuil roulant sans tablette et sans écharpe. La douleur à l'épaule a tendance à s'intensifier lors de la marche lorsque le bras est suspendu le long du corps. En outre, il souffre d'une douleur dans la jambe droite qu'il décrit comme des fourmillements et des décharges électriques non liées au mouvement.

Il veut absolument pouvoir remarcher, pour le moment il marche avec une canne quadripode et une AFO avec la surveillance d'un kinésithérapeute. Il est récemment frustré parce que son bras n'a pas encore récupéré de mouvement et il demande souvent s'il n'y a pas quelque chose de plus qu'il pourrait faire pour récupérer plus rapidement. De manière générale, il est très motivé pour progresser, car il est inquiet de ne plus pouvoir s'occuper de son fils qui vit actuellement avec sa mère.



Auteur : Joel Da Natividade