



11-13
SEPT.
2024

LILLE
GRAND PALAIS

CONGRÈS FRANÇAIS
d'HÉMOSTASE



Hémophilie et santé musculo-squelettique

Masterclass animée par :

Professeur Lebreton Aurélien : CRC-MHC - CHU de Clermont-Ferrand

Mme. **Gérard Magali** : Kinésithérapeute spécialisée en hémophilie pédiatrique, CHU Bicêtre

M.**Gorce Yannaël** : Kinésithérapeute spécialisé en hémophilie adulte, Clermont-Ferrand

Pour cette session, veuillez vous connecter à Wooclap

Wooclap.com



1

Allez sur wooclap.com

2

Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code d'événement

CFH



Activer les réponses par SMS

Présentations

Question 1 : Quelle est votre profession ?

1 : Médecin

2 : Interne

3 : Ingénieur

4 : Infirmier

5 : Kinésithérapeute

6 : Autre

État des lieux des équipes pluridisciplinaires

Question 2 : Dans votre centre, en support de l'équipe soignante, quelle est votre lien avec la kinésithérapie ?

- 1) Un kinésithérapeute clairement identifié est disponible dans notre centre
- 2) Un (ou plusieurs) kinésithérapeute(s) en ville sont clairement identifiés pour la réalisation de prestations à la demande
- 3) Un kinésithérapeute est formé aux scores spécifiques à l'hémophilie (HJHS, HEAD US etc)
- 4) Une équipe de plusieurs kinés formés est disponible et cette équipe qui arrive à faire un roulement pour prendre en charge une grande partie des demandes
- 5) Du temps kinésithérapeute est financé par le centre de traitement des maladies hémorragiques
- 6) Aucun correspondant kinésithérapeute n'est identifié dans l'établissement
- 7) Aucun correspondant kinésithérapeute n'est identifié en ville

Quelle vision de la kinésithérapie ?

Question 3 : Quel est selon vous l'apport que peut avoir le kinésithérapeute libéral dans la prise en charge des patients hémophiles ?

1. La kinésithérapie, ce n'est pas EBM, ça ne vaut pas grand-chose
2. Un massage et une demi-heure sous une lampe chauffante, ça ne peut pas faire de mal. Ou alors quelques électrodes. Au mieux, le patient fera un peu de vélo.
3. Sur des patients atteints de maladies chroniques, ça ne dure qu'un temps.
4. Cela peut aider à maintenir les acquis, mais pas forcément à améliorer des situations
5. La kinésithérapie, c'est dangereux pour les patients.
6. Il faut que le kiné soit un minimum formé pour ne pas brusquer le patient.
7. Des soins adaptés peuvent aider à la gestion de la douleur du patient
8. Il n'y a pas à tortiller, la kiné, c'est la panacée
9. L'électrothérapie, il n'y a que ça de vrai

Quelle vision de la kinésithérapie ?

Protocole National de Diagnostic et de Soins Hémophilie 2023 :

Rôle principal : En fonction de l'état du patient, le rôle principal du kinésithérapeute, en plus de l'amélioration du contrôle moteur global, est de maintenir ou d'améliorer la mobilité et de gérer les déformations existantes.

PNDS 2023 : Les objectifs du kinésithérapeute

- Aider le patient à rester actif et à **maintenir un poids de forme** permettant de diminuer les pressions articulaires,
- Veiller à ce que les patients **choisissent des formes d'activité physique et de sport adapté**. Pour être efficace, la rééducation doit être adaptée au cas par cas en fonction de l'état clinique, radiologique et des risques de récurrences hémorragiques,
- Préserver le pronostic fonctionnel en maintenant l'amplitude des mouvements,
- **Maintenir l'articulation saine**, en évitant les déformations,
- suite à un accident hémorragique, **recupérer des amplitudes articulaires**
- **Réduire la douleur**,
- Augmenter la **force** musculaire pour minimiser les saignements,
- Améliorer l'**équilibre** et la **proprioception** qui aident à éviter les chutes

PNDS 2023 : Les objectifs du kinésithérapeute

→ Rôle curatif

Autres rôles

- **Détecter** les premiers signes de lésion articulaire, dans le but de prévenir d'autres dysfonctionnements musculo-squelettiques.

→ Réaliser des bilans : nécessite entre autre la capacité de faire l'évaluation articulaire que ce soit avec un bilan articulaire classique, un spécifique comme le HJHS, ou un score d'échographie musculosquelettique, le score Head-Us . (p55)

Implication dans l'**ETP** (p102)

PNDS = notions générales sur la kinésithérapie.

Autre document de recommandations 2024 : complète + finesse

Cas Clinique : Benjamin

Question 4 :

Benjamin, 4 ans, est amené par sa mère car il présentait une douleur de cheville droite la veille suite à un excès de trampoline sur le matelas parental. Hémophile A modéré, pas de traitement prophylactique. Pas d'antécédent d'accident hémorragique sévère. Ce jour, absence de douleur à la marche, les amplitudes actives semblent conservées, pas de réel signe en faveur d'un épanchement intra-articulaire, seulement une très légère augmentation du périmètre de la cheville par rapport au côté gauche, pas d'ecchymose.

La maman est inquiète. Quelle est votre attitude ?

A – On rassure la maman, il n'y a rien de franc, c'est un enfant. Vous lui indiquez qu'elle vous prévienne si jamais une autre douleur survenait sur cette cheville.

B- Vous en profitez pour faire une analyse de sang, qu'ils ne soient pas venus pour rien

C- Vous faites un bilan articulaire passif très soigné et vous faites marcher et sauter l'enfant.

D - Vous réalisez ou faites réaliser un score HEAD-US de la cheville

E – Vous demandez une IRM en urgence.

Bilan articulaire kiné de base

Permet d'évaluer la fonction articulaire de n'importe quelle articulation :

-**Amplitudes passives** : mesures au goniomètre/inclinomètre/œil nu que l'on compare aux **amplitudes actives**.

→ Parfois elles sont différentes : lorsqu'il y a un déficit musculaire important, les amplitudes actives peuvent être inférieures aux passives. Exemple : déficit du tibia antérieur.

→ Parfois le patient ne réalise pas l'amplitude active jusqu'au bout, et n'a pas de douleur, alors que l'amplitude passive révèle une problématique.

→ A quelques subtilités : l'examen de la cheville se fait genou en parti fléchi, le patient peut réaliser des compensations dans d'autres articulations pour masquer des déficits.

-**Bilan de la force** : basé sur le testing musculaire (simplifié le plus souvent)

-**Bilan de la douleur**

-**Bilan fonctionnel** : transferts, marche, escaliers, sauts, course, ... et les conséquences des déficits sur la vie au quotidien.

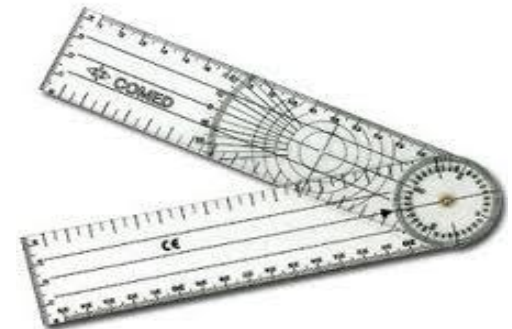
→ Permet de déterminer le traitement et les aides techniques nécessaires.

Ce bilan de base est complété par d'autres bilans cliniques au besoin et rentre dans le cadre de la CIF



Bilans - Score HJHS

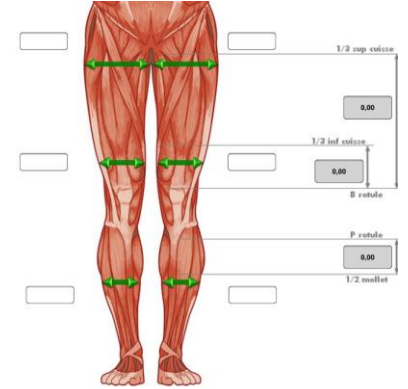
- Permet d'évaluer la fonction articulaire spécifiquement pour les patients hémophiles
- Porte sur 3 articulations: Coudes, genoux et chevilles (6 articulations notées)
- Effectué tous les ans à partir de 4/5 ans (sauts sur 1 pied)
- A distance d'un épisode hémorragique (+ de 2 semaines)
- Un score numérique total est attribué
- → nécessite du temps



Score HJHS





- **8 items pour chaque articulation:**

- 1) Gonflement articulaire (aucun, léger, modéré)
- 2) La durée du gonflement (< ou > ou = à 6 mois)
- 3) L'atrophie musculaire (aucune, légère, grave)
- 4) Crépitations, craquements au mouvement (aucun, léger, grave)
- 5) Perte de flexion (coté 0= <5°, coté 1= 5° à 10°, coté 2= 11 à 20°, coté 3= > à 20°)
- 6) Perte de flexion (coté 0= <5°, coté 1= 5° à 10°, coté 2= 11 à 20°, coté 3= > à 20°)
- 7) Les douleurs articulaires dans l'amplitude active (aucune, sensation de douleur lors d'une légère pression, douleur sans pression)
- 8) La force musculaire =
(Daniels et Worthingham inversé cotation 0= testing à 5)



Score HJHS

- Bilan démarche globale

Marche	Course	Escalier	Saut monopodal
 <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal	 <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal	 <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal	 <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal

- 0 = Toutes les compétences sont normales
- 1 = Une compétence est anormale
- 2 = Deux compétences sont anormales
- 3 = Trois compétences sont anormales
- 4 = Aucune compétence n'est normale

Score HJHS

- Fiche récapitulative du score:

- Score HJHS =

Somme des articulations + démarche globale

- Score normal = 0

- Score anormal maximum = 124

N° d'identification du sujet : _____ Nom du physiothérapeute : _____

N° d'évaluation : _____ Date : _____
Heure : _____ aaaa / mm / jj

Score de santé articulaire du patient hémophile 2.1 - Feuille récapitulative des scores

	Coude gauche	Coude droit	Genou gauche	Genou droit	Cheville gauche	Cheville droite
Gonflement	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE
Durée (gonflement)	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE
Atrophie musculaire	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE
Crépitation articulaire	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE
Perte de flexion	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE
Perte d'extension	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE
Douleur articulaire	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE
Force	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE
Total de l'articulation						

Somme totale des articulations NE = Non évaluable

Score de démarche globale (+ NE compris dans les items de la démarche)

Score total du HJHS

Gonflement
0 = Aucun gonflement
1 = Léger
2 = Modéré
3 = Grave

Durée
0 = Aucun gonflement
ou < 6 mois
1 = ≥ 6 mois

Atrophie musculaire
0 = Aucune
1 = Légère
2 = Grave

Douleur articulaire
0 = Aucune douleur dans l'amplitude active
1 = Aucune douleur dans l'amplitude active ; sensation de douleur lors de l'exercice d'une légère pression ou de la palpation
2 = Douleur dans l'amplitude active

Crépitation articulaire
0 = Aucune
1 = Légère
2 = Grave

Perte de flexion
0 = < 5°
1 = 5° - 10°
2 = 11° - 20°
3 = > 20°

Perte d'extension
(sur la base de l'hyperextension)
0 = < 5°
1 = 5° - 10°
2 = 11° - 20°
3 = > 20°

Force (sur la base de l'échelle de Daniels & Worthingham)
Dans l'amplitude de mouvement disponible
0 = Maintient la position de test contre la pesanteur avec une résistance maximale (valeur 5).
1 = Maintient la position de test contre la pesanteur avec une résistance modérée (mais cède en cas de résistance maximale) (valeur 4).
2 = Maintient la position de test avec une résistance minimale (valeur 3+) ou maintient la position contre la pesanteur (valeur 3).
3 = Capable de réaliser partiellement l'amplitude de mouvement contre la pesanteur (valeur 3/2+), ou capable de réaliser la totalité de l'amplitude de mouvement en l'absence de pesanteur (valeur 2), ou capable de réaliser partiellement l'amplitude de mouvement en l'absence de pesanteur (valeur 2-).
4 = Trace d'activité (valeur 1) ou aucune contraction musculaire (valeur 0).
NE = Non évaluable

Démarche globale (marche, escaliers, course, sautiller sur une jambe)
0 = Toutes les compétences sont dans les limites normales.
1 = Une compétence n'est pas dans les limites normales.
2 = Deux compétences ne sont pas dans les limites normales.
3 = Trois compétences ne sont pas dans les limites normales.
4 = Aucune compétence n'est dans les limites normales.
NE = Non évaluable

REMARQUE : Lors de l'administration du H.J.H.S, il est impératif de disposer du manuel d'instructions et des feuilles de travail, fournis en accompagnement.

Commentaires généraux : _____

Complément bilan

- **Examen des membres inférieurs en charge:**
 - Détecter troubles statiques mineurs (pieds plats, genu valgum, valgus calcanéen...)
 - Orienter vers un podologue (semelles correctrices ou/et antalgiques)

- **Examen psychomoteur chez le jeune enfant:**

Associé au bilan kiné:

Peut montrer des troubles non liées à un déficit articulaire ou musculaire:

- Anomalies de la coordination ou de la symbolique gestuelle
- Fréquemment rencontrés chez l'enfant

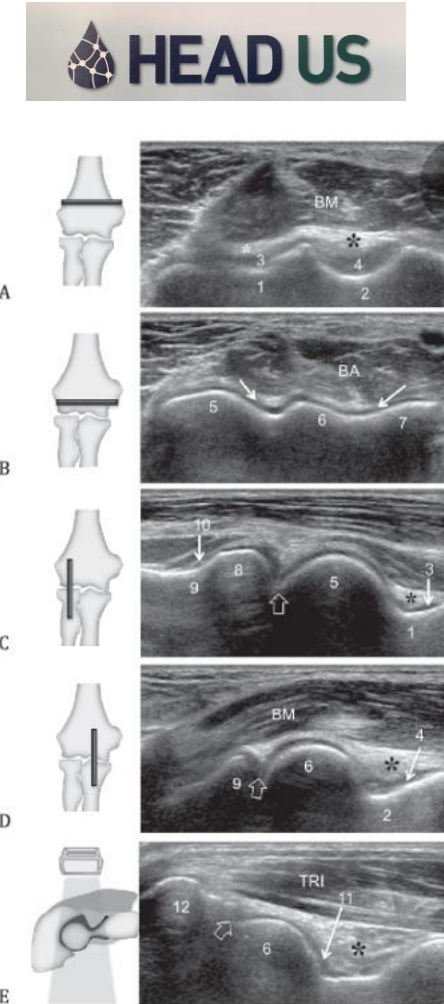


Place de l'échographie

- **En complément du score HJHS +**
- Aide à détecter les premiers signes infra cliniques d'hémarthrose
- Permet de mesurer la taille de l'épanchement et de confirmer la disparition de liquide dans l'articulation
- Se développe en pédiatrie
- **Protocole HEAD-US =**
- Différencier l'hémarthrose aiguë et la synovite chronique
- Montre les destructions ostéocondrales
- Il faut un œil exercé et de la pratique ++ (cartilage de croissance)

→ Angles morts : GOLD standard en cas de doute → IRM

Martinoli C, et al. Thrombosis and Haemostasis 2013



Cas Clinique : Benjamin

Résultat du bilan articulaire – musculaire – fonctionnel

Dans le cas de Benjamin ciblé sur chevilles:

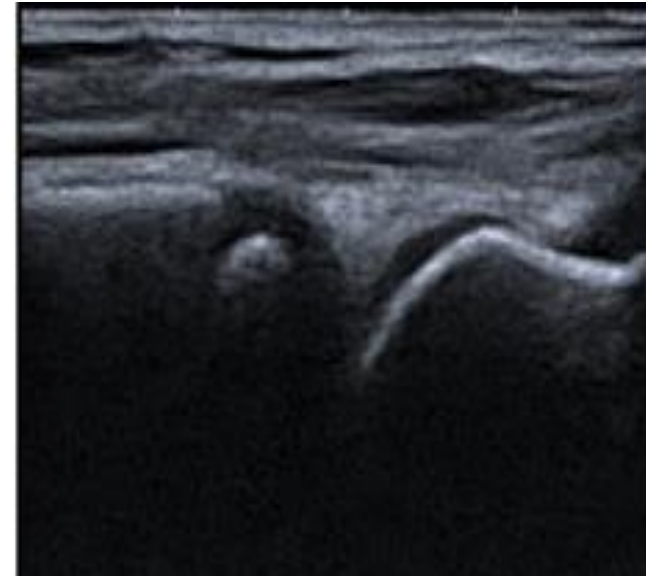
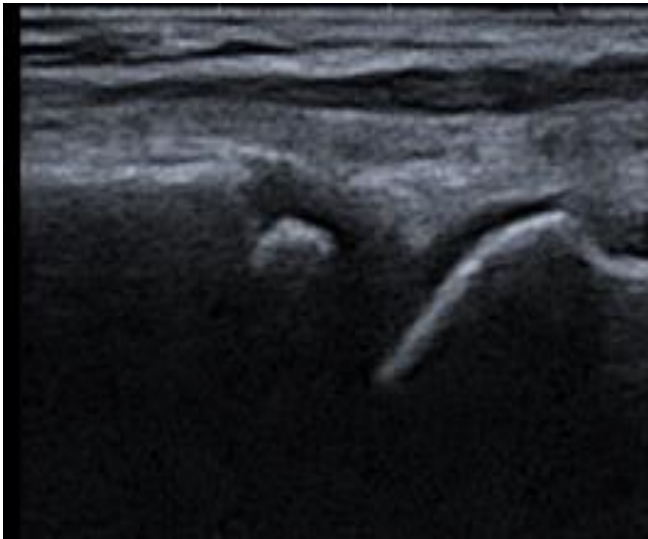
- Le bilan articulaire passif a retrouvé un déficit de flexion dorsale et une douleur en fin de course maximale.
- Le bilan articulaire actif montre peu de différence droite-gauche.
- Le bilan de force musculaire indique une incapacité à développer une force comparable au côté sain, du fait du déclenchement d'une douleur à la cheville.
- Le bilan fonctionnel montre une impossibilité de sauter en unipodal sur le pied droit.

Cas Clinique : Benjamin

Résultat du bilan échographie articulaire :

Dans le cas de Benjamin :

Epanchement intra-articulaire mineur mais bien visible, sans atteinte osseuse, ni cartilagineuse. Le coté gauche était parfait..



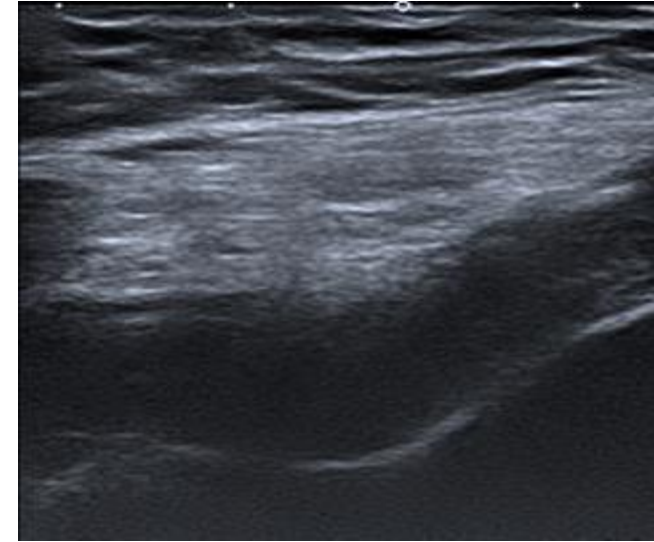
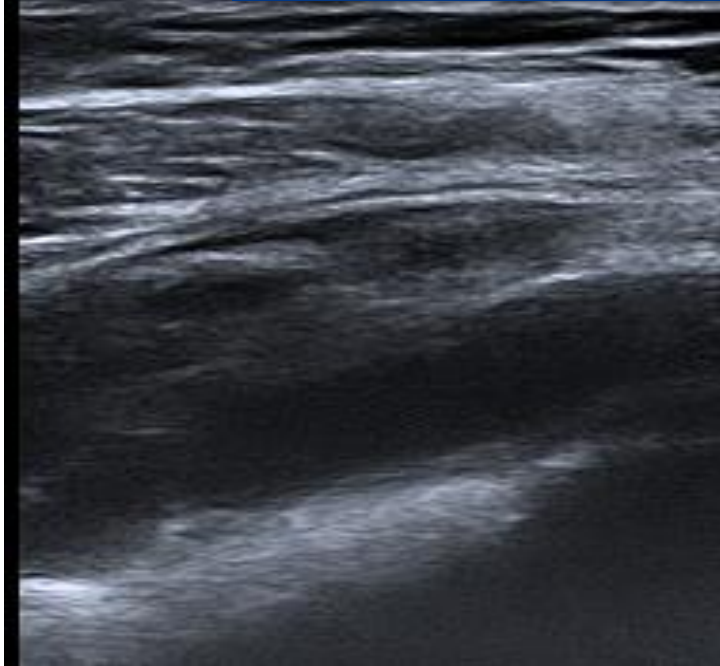
Cas Clinique : Benjamin

--> **Décision de l'hématologue** : injection de facteur VIII, consignes de limitation d'activités (sport-récréation-trampoline sur le matelas parental), et rdv de contrôle rapproché.

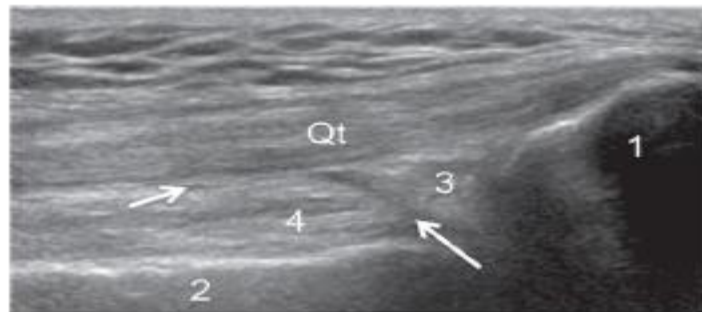
Nouveau bilan 3 jours après : clinique parfaite, échographie normalisée.

Intérêt dans ce cas clinique → adaptation du traitement puisqu'on sait que c'est une hémarthrose.

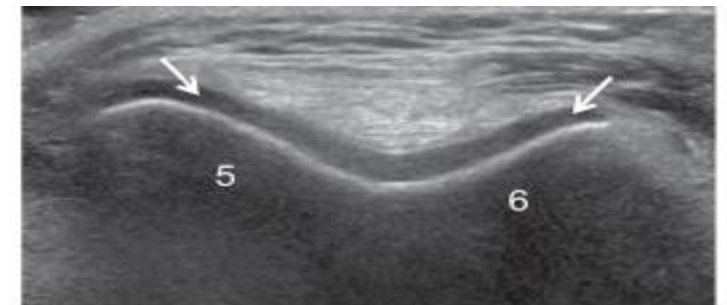
Cas parlant à l'échographie : chute sur genou



A

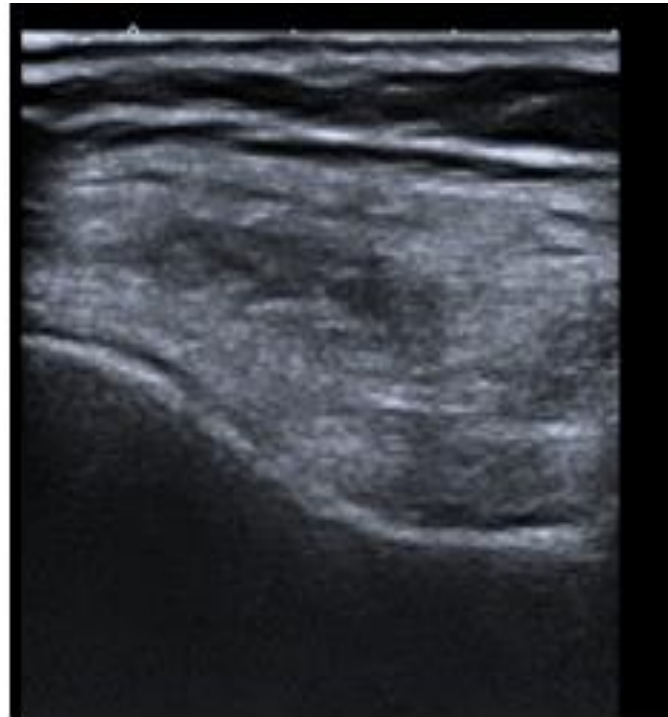
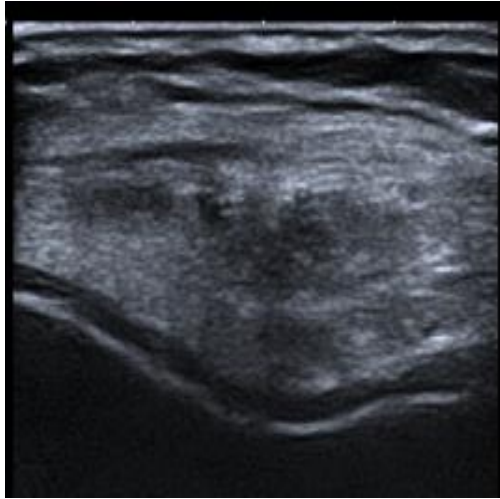


C



Cf : Carlo Martinoli and al.

Cas parlant à l'échographie : chute



Intérêt supplémentaire : le patient voit l'invisible.

Cas clinique : Vincent

Vincent, un patient hémophile sévère de 20 ans traité par une prophylaxie, étudiant en faculté, vient en consultation de routine. Il vous informe que depuis quelques semaines ses douleurs de cheville droite se sont accentuées.

L'examen clinique ne retrouve que deux éléments problématiques : la flexion dorsale est limitée à 10°, (25° de l'autre côté) avec un arrêt franc. Cette même flexion dorsale maximale est légèrement douloureuse, comparativement au côté sain. Il est incapable de s'accroupir, à cause de l'apparition d'une douleur lors de la descente. Score HJHS de 13/164.

Il ne peut plus courir, et même la marche au-delà de 500 mètres est problématique. Le score HEAD-US retrouve une synoviale très épaissie, sans épanchement liquidien franc, ainsi qu'une atteinte cartilagineuse < 25% de la surface, et probablement une petite déformation osseuse.

Cas clinique : Vincent

Question 5 : Quelles actions proposez-vous lors de son rendez-vous?

1. Un point sur sa prophylaxie et son observance
2. Un bilan radiologique (radios standard et IRM) des chevilles.
3. La prescription d'un AINS
4. La prescription d'une attelle de cheville
5. La prescription d'une attelle de cheville, qu'il devra ramener, pour que vous lui montriez comment l'installer correctement
6. Des séances de kinésithérapie

Cas clinique : Vincent

Il existe plusieurs niveaux d'immobilisation : complète ou partielle. Intérêt du strapping ou de la contention souple.

Parfois attelles gênantes au niveau des malléoles ou serrage inadapté. Attention à ne pas rentrer dans la peur du mouvement si attelle gardée trop longtemps. Il existe aussi un risque de perte de proprioception lorsque le temps port d'attelle est trop grand.

Les kinésithérapeutes de ville sont en général peu informés sur ces maladies rares et parfois réticents à intervenir. Il est indispensable d'informer et de former ces praticiens et de leur proposer une collaboration étroite avec l'équipe spécialisée du CRH, CRC-MHR, CTH.

→ Rôle de formation et d'information de l'équipe du centre.

→ Un document de recommandations est sorti : Blokzijl J et al, A clinical practice guideline for primary care physiotherapy in patients with haemophilia, Haemophilia 2024

Guidelines for primary care physiotherapy

Fruit d'un consensus entre experts européens, physiothérapeutes et patients hémophiles.

Définit un cadre pour que les kinésithérapeutes non spécialisés, dits de première ligne.

Donne des **suggestions** et fixe des **limites** dans le **choix des techniques** que les kinésithérapeutes peuvent utiliser, en fonction des différentes phases temporellement définies, dans les situations suivantes : arthropathie hémophilique, saignement articulaire, synovite chronique, saignement musculaire, et chirurgie orthopédique. Un chapitre est dédié spécifiquement à la pédiatrie.

Limites : jamais de techniques manuelles à grandes vitesses, de "ponction sèche à l'aiguille", d'acupuncture, d'ondes de choc ou de laser. L'électrothérapie par TENS est non préconisée pour l'arthropathie hémophilique, mais conseillée en phase sub-aigüe d'un saignement articulaire.

Guidelines for primary care physiotherapy

Cadre après un saignement musculaire :

Phase 1 (72h): surtout aide à la mise en place de la décharge (béquilles, FR ou écharpe) du froid, et de la surveillance. Pas d'étirement, ni de travail musculaire

Phase 2 (72h-21J) : étirement actif et renforcement musculaire confortable pour le patient, toujours pas d'étirement passif

Phase 3 : On cherche à retrouver l'état avant saignement musculaire. Après 6 semaines, les étirements passifs sont préconisés. (exemple de Roger)

Suggestion de techniques : En cas de synovite chronique on peut utiliser des contentions (attelle ou strapp) pour limiter les conflits synoviaux.

Il indique également les situations pour lesquelles le kinésithérapeute de première ligne doit contacter le centre de traitement de l'hémophilie.

Petite coquille pour la partie pédiatrique : les manipulations articulaires sont possibles, c'est la notion de haute vélocité qui est à proscrire. Doc en cours de traduction en Français.

Retour au cas de Vincent

Question 6 : L'IRM a confirmé la présence de remaniement osseux. Au bout d'un mois (après quelques séances de kinésithérapie adaptée, et une bonne observance de sa prophylaxie et de son AINS), Vincent n'a plus du tout de douleur à la marche, et la synovite a fortement diminuée. Par ailleurs, il souhaite se remettre à la course à pied pour se maintenir en forme, et pour que sa petite amie soit fière de lui. A la vue de son état clinique et radiologique, que lui suggérez-vous ?

1. Pas de problème, si tu n'as plus mal, c'est parti.
2. Si on y va progressivement, tu es jeune, ça va le faire.
3. Je te le déconseille fortement
4. Et si tu faisais plutôt un sport sans chocs au niveau des membres inférieurs ?
5. La reprise du sport peut être réalisée sous couvert d'une prophylaxie bien conduite
6. Où en es-tu au niveau de la courbe de poids ?

Choix d'un sport

Le choix d'un sport ou d'une simple activité physique doit faire l'objet d'un consensus entre les professionnels de santé. L'avis du patient et de ses parents si il y a lieu est primordial, sans oublier qu'il est le principal responsable de sa santé.

Question ouverte 7 : Et vous, comment gérez-vous le reprise de l'activité physique ? Avez-vous des sports interdits ?

Choix d'un sport : que nous dit le PNDS

Les bénéfices de l'activité sportive chez le patient hémophile sont largement démontrés.

Elle doit être proposées aux patients dans le cadre des activités scolaires, ou en club en tenant compte de l'éventuelle participation à des compétitions.

- **Après évaluation et suivi du capital ostéoarticulaire**
- Réalisée temporellement à proximité du traitement. → Les éventuelles adaptations de traitement devront être réfléchies.

Activité physique

Le choix du sport : que nous dit le PNDS?

Activités physiques

Compte tenu de l'impact ostéo-articulaire de l'hémophilie, il est recommandé en s'inspirant des recommandations proposées à toutes populations (p334) :

Au moins 60 minutes par jour d'activité physique **pour les enfants à partir de 6 ans,**

Au moins 2 h 30 par semaine d'activité physique d'intensité modérée avec en complément une activité de renforcement musculaire 2 fois par semaine **pour les adultes.**

PNDS : Choix d'un sport

- **La catégorie « faibles risques »** = risque hémorragique faible, ne nécessitant pas d'adaptation : la natation, le yoga, la randonnée, le kayak (savoir nager), le tai-chi ou la course à pied en endurance.

- **La catégorie « risques modérés »** correspond aux groupes d'activités sportives avec un risque d'impact plus important pouvant nécessiter un équipement approprié et adaptée pour la pratique comme le badminton, le tennis, le volleyball, le ski de fond, l'athlétisme (attention aux chevilles), le golf (attention aux coudes), le vélo (port de casque obligatoire), le tir à l'arc (protection de l'avant-bras).

Choix d'un sport

La catégorie « risques élevés » correspond aux groupes d'activités sportives à haut risque hémorragique en raison de *sports pivot et contact* (basketball, football, handball, gymnastique sportive) ou de sports de contact (rugby, hockey, ski de piste, snowboard) et tous les sports de combat. Les sports mécaniques et les sports nécessitant un casque doivent également être réfléchis ou encadrés.

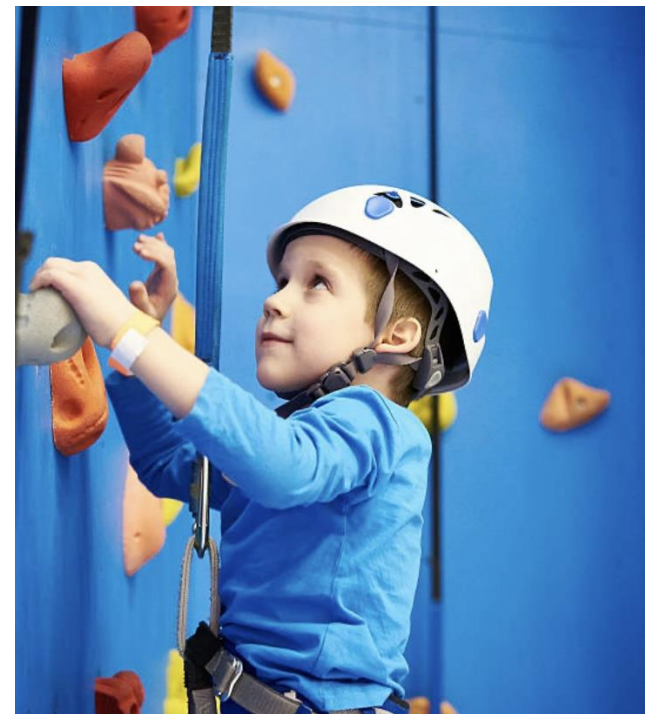
Le PNDS renvoie sur le site de la NBDS The National Bleeding Disorders Foundation. Association Américaine qui donne des conseils sur l'activité physique et liste les sports en fonction de leur dangerosité.

Avis de MHEMO : fonction âge, poids et atteinte articulaire

Choix d'un sport : l'avis de la NBDS

Table of Activity Ratings

Activity	Category					Page
	1 Low Risk	1.5 Low to Moderate Risk	2 Moderate Risk	2.5 Moderate to High Risk	3 High Risk	
Aquatics	1					22
Archery	1					22
Baseball			1.5-2.5			22
Basketball			1.5-2.5			23
Bicycling			1.5-3			24
BMX Racing					3	25
Body Sculpting Class		1.5				30
Boot Camp Workout Class			2			31
Bounce Houses				2.5-3		25
Bowling			2			25
Boxing					3	26
Canoeing			1.5-2.5			42
Cardio Kickboxing Class			2			31
Cheerleading			1.5-2.5			28
Circuit Training		1.5				54
Dance		1-3				29
Diving, Competitive				2-3		30



Cas clinique : Raoul

Raoul, jeune garçon de 8 ans hémophile A sévère, sous anticorps bispécifique en prophylaxie (et Facteur VIII en cas d'épisode hémorragique).

Mi-juillet : hémarthrose de cheville droite, suite à une entorse de cheville.

Immobilisation + facteur VIII

Surveillance médicale et kiné mise en place toutes les semaines pendant 1,5 mois, sur une hémarthrose persistante.

--> Raison? : difficultés à respecter l'immobilisation. (Marche avec attelle, reprise de piscine...)

Immobilisation relative aura duré 3 semaines au total.

Puis reprise progressive des activités.



Cas clinique : Raoul

Mi-septembre : Visite de contrôle

Aucune plainte douloureuse.

A repris le sport, fait du foot avec les copains (reprise qui nous semble prématurée).

A l'examen, la cheville est modifiée et perte de 5° flexion dorsale à droite.

Cas clinique : Raoul

Question 8 : Que proposez-vous de plus pour cette situation?

1. Rien de plus, l'orage est passé, la situation semble sous contrôle.
2. Vous rappelez aimablement au petit Raoul, et à ses parents, l'importance de bien respecter les temps d'immobilisation.
3. Vous vérifiez que la proprioception de cheville est revenue à un niveau tolérable, en demandant à Raoul s'il sent son pied droit normalement quand il marche.
4. Vous faites une échographie en consultation de suivi.
5. Vous demandez un contrôle échographique par un radiologue expérimenté.
6. Autre...

Cas clinique : Raoul

- Persistance d'une synovite objectivée à l'échographie faite par kiné du centre.

- Rdv de contrôle fixé dans 15 jours, sauf si problème avant.

Cas clinique : Raoul

Fin septembre : Récidive de l'hémarthrose de cheville sur torsion au foot, hospitalisation 48 heures, pour immobilisation correcte et traitement. L'enfant qui a toujours du mal à rester immobilisé.



Cas clinique : Raoul

Mi-octobre, Raoul déclare ne plus avoir de douleur de cheville. Cliniquement cheville encore empâtée.

Puis amélioration progressive, récupération amplitudes normales.

Reprise progressive des activités, notamment piscine et cour de récréation.

Consultation de suivi début décembre avec contrôle écho par un radiologue expérimenté:

Doute sur aspect irrégulier de la corticale de l'extrémité inf fibulaire droit à l'échographie

Confirmé à la radio :

Aspect irrégulier de la corticale de la face interne de la pointe fibulaire droite compatible avec une fracture arrachement.

Pas de déplacement secondaire des pièces osseuses.

Cas clinique : Raoul

Question 9 : Question ouverte :

Face à ce résultat, que faites vous?

Retour d'expérience de l'assemblée

Question 10 :

Quels moyens utilisez-vous pour promouvoir la santé articulaire dans votre centre ?

(Y compris travail avec les associations d'hémophiles)

Quelles pistes d'amélioration envisagez-vous ?

Retour d'expérience de l'assemblée

Question 11 : Dans quels cas avez-vous été en difficulté avec un patient ?

Question 12 : Quelle solution avez-vous proposé, quelle piste d'amélioration possible ?

Question 13 : D'après vous, comment fidéliser un kinésithérapeute au sein de votre centre?

MERCI POUR VOTRE ATTENTION !