

## Troubles de la marche Cas cliniques

**55**<sup>èmes</sup>  
**JOURNÉES**  
MÉDICALES  
HAVRAISES

- Docteur Paul Perrotte
- Docteur Alexis Demas



# Troubles de la marche de l'adulte

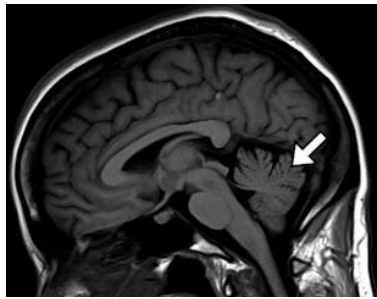
Instable : cérébelleuse, proprioceptive, vestibulaire

Douloureuse : lombaire, artéritique, parkinsonienne, articulaire

Déficitaire : myogène, spastique, périphérique, myasthénique

Hyperkinétique : chorée, dystonie





# Marche instable 1/3 cérébelleuse



Patiente 50 ans

Troubles de la marche, « comme si j'avais bu », apparition rapidement progressive  
Contexte : cancer ovaire

Clinique syndrome cérébelleux

Ataxie multidirectionnelle à l'épreuve de Romberg, non majorée à l'occlusion des yeux. Dismétrie  
Marche ébrieuse, embardées  
Chutes relativement rares

Étiologies

Alcoolisme, AVC, SEP, génétiques (ataxie de Friedreich), tumeur, syndrome paranéoplasique, maladie de Creutzfeldt-Jakob

Bilan

Imagerie : IRM cérébrale avec coupes centrées sur la fosse postérieure  
Biologie, PL



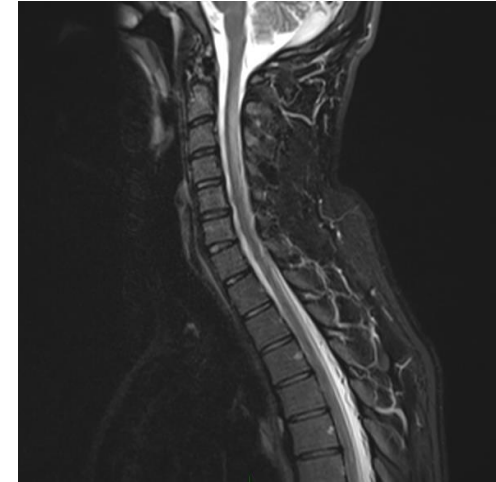
# Marche instable 2/3 proprioceptive

Patient de 24 ans

Apparition en 1 semaine de paresthésies des 4 membres

Troubles de la marche, ne sent pas le sol

Consommation récréative de protoxyde d'azote depuis 2 ans



Clinique ataxie proprioceptive

Déficit de la sensibilité profonde (vibrations, sens de position et de mouvement)

L'épreuve de Romberg est très perturbée, aggravée nettement à la fermeture des yeux. La marche est talonnante, l'appui au sol est mal contrôlé et le contact parfois violent

Étiologies

Atteinte SNC

Myélite, Biermer, intoxication au protoxyde d'azote

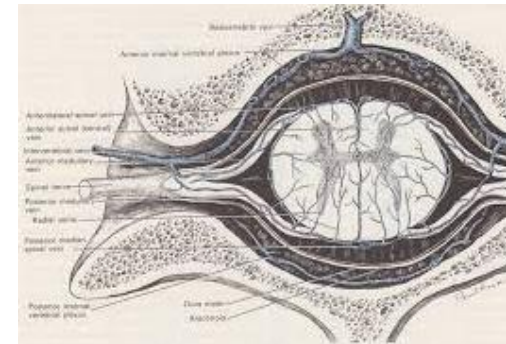
Atteinte SNP (grosses fibres sensibles myélinisées et ganglion rachidien postérieur, neuropathies sensibles)

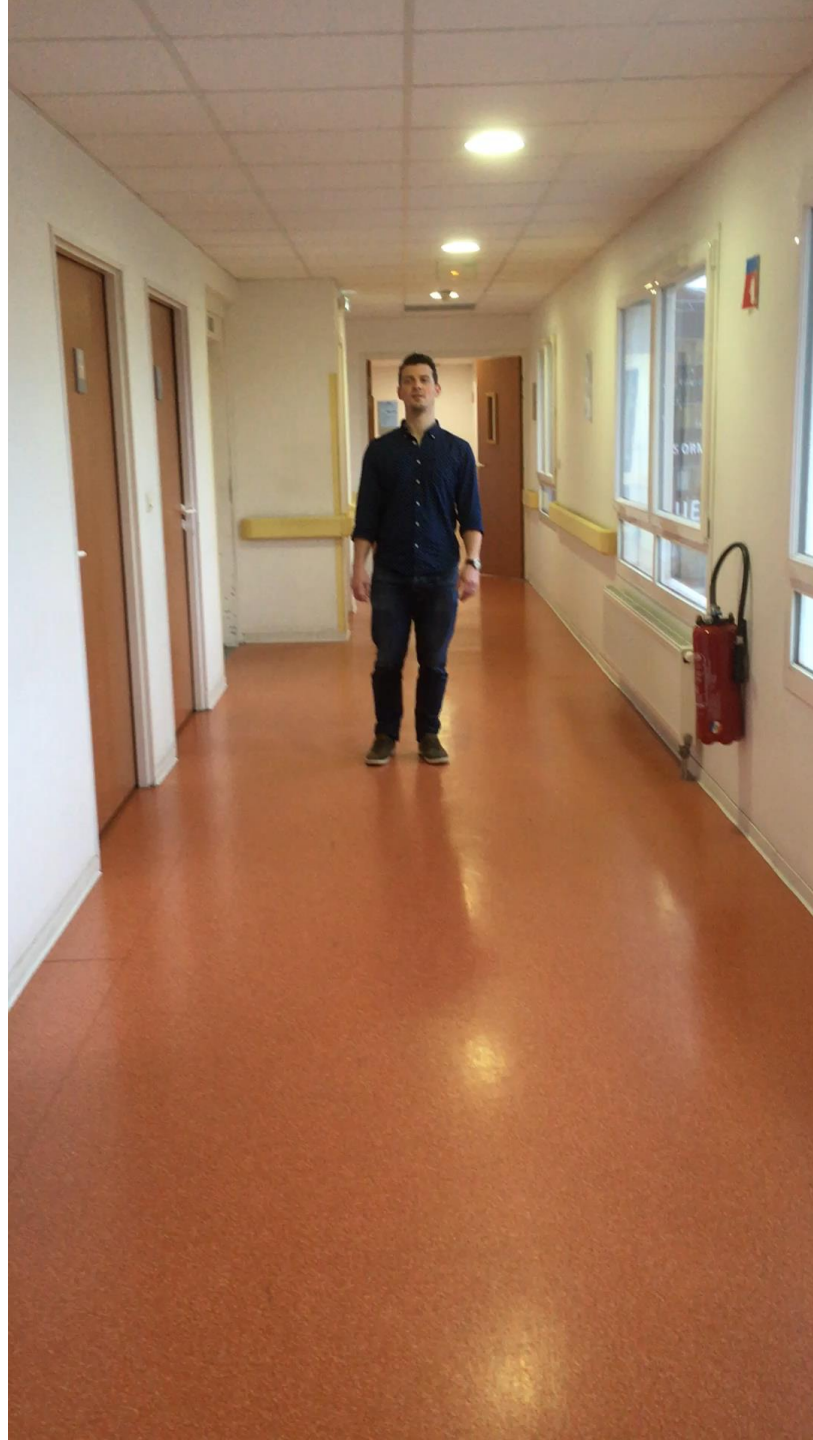
Carences, VIH, paranéoplasique

Bilan

Imagerie

Biologie, PL





# Marche instable 3/3 vestibulaire

Patient 36 ans

Grand vertige rotatoire avec impossibilité de se déplacer

Survenue aiguë

Clinique ataxie vestibulaire

Syndrome vertigineux intense ++ survenue aiguë, nausées, vomissements, nystagmus, déviation segmentaire, signes cochléaires ++ (acouphènes, hypoacousie)

La marche aveugle (trois pas en avant et trois pas en arrière les yeux fermés) en étoile

Périphérique / oreille interne (anomalies de la marche et de l'équilibre sont latéralisées du côté de la saccade lente du nystagmus vers le côté malade - harmonieux)

Central (autres symptômes focaux associés – dysharmonieux)

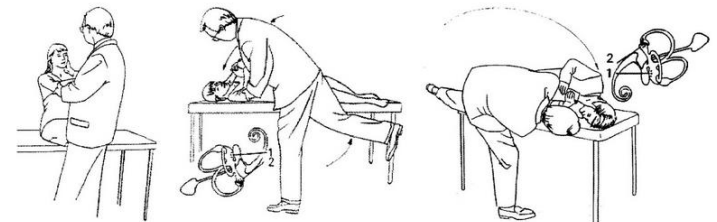
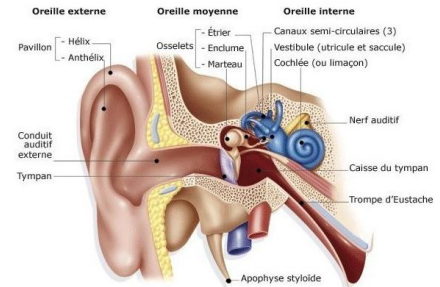
Étiologies

VPPB, névrite vestibulaire, neurinome du VIII, Ménière, centrales (AVC)

Bilan

Imagerie

biologie



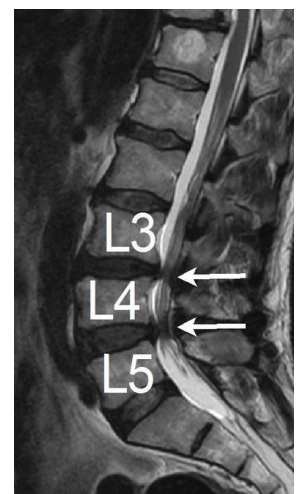




# INSTABILITE

	Cérébelleuse	Ataxique = proprioceptive	Vestibulaire
Chutes	+/-	++	+++
Occlusion des yeux	=	++	++
Direction	Pluri	Pluri	Mono
Tests cliniques	Nystagmus Dysmétrie	SPGO Pallesthésie Talonnage	Marche en étoile

# Marche douloureuse



- Patient 52 ans
  - Manutentionnaire
  - Lombalgies anciennes et douleurs neuropathiques des membres inférieurs
  - Périmètre de marche
  - Attitude spontanée penchée en avant
- Clinique canal lombaire étroit
  - Claudication intermittente neurogène des membres inférieurs
  - Symptomatologie apparaît progressivement lors de la marche, plus rapidement en descente (augmentation de la lordose lombaire entraînant une diminution du volume du canal)
  - Lombalgie non systématique
  - Le périmètre de marche est fréquemment limité par les symptômes
- Etiologie
  - Troubles dégénératifs du rachis
- Bilan
  - Imagerie : IRM lombo-sacrée avec coupes centrées sur les racines de la queue de cheval
  - EMG

# Marche douloureuse



Canal lombaire étroit

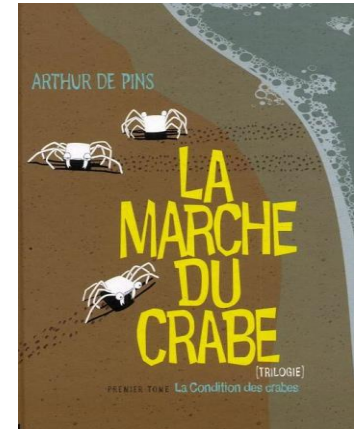


Parkinson

# Marche douloureuse

	Lombaire	Artéritique	Parkinsonienne	Articulaire (membres inf)
Claudication intermittente	+++ Parésiante	+++ Douloureuse	+/-	Non
Attitude	Anteflexion lombaire		Anteflexion Cervico-dorsale Flexion des membres	Dépendante de l'articulation
Tests cliniques	Déficits radiculaires	Pouls, pied froid	Rigidité	Rhumatologie
Para-cliniques	EMG	Doppler	Test L-DOPA	Rx

# Marche déficitaire 1/2 paraparésie



Patient 38 ans

Marche avec « jambes raides »

Contexte : multiples ATCD familiaux de troubles de la marche

Clinique

Spasticité ++ prédomine sur les muscles extenseurs aux membres inférieur

Marches très enraidies (marche en ciseaux, en crabe)

Troubles sensitifs et sphinctériens

Étiologies

Atteinte médullaire : SEP, myélite post-infectieuse, compression (tumorale, mécanique),  
génétique (paraparésie spastique héréditaire)

Bilan

Imagerie

Biologie

# Marche déficitaire 2/2

## steppage

Patient de 25 ans

Impossibilité de relever le pied

Au réveil, d'une nuit alcoolisée, s'est endormi les jambes croisées

Clinique compression du nerf sciatique poplité externe au col du péroné

Steppage : élévation exagérée du genou et posture en varus équin du pied lors de la phase d'élévation du membre inférieur

Hypoesthésie face antérieure du coup de pied et antéro-externe de la jambe dans sa partie inférieure

Étiologies

Compression prolongée (plâtre, alitement ...)

Bilan

Imagerie

EMG







# Marche déficitaire

	Myogène	Spastique	Périphérique	Myasthénique
Marche	Dandinante	Raide Fauchage	Steppage Dérobement	Fluctuante Myopathique
Réflexes tendineux	Normaux	Vifs (clonus)	Abolis	Normaux
Tests cliniques	Réflexe idio-musculaire	R.cutané plantaire	Amyotrophie	Fatigabilité Ptosis
Para-cliniques	CPK, EMG	Imagerie RM	EMG	EMG

# Maladresse des mains et troubles d'équilibre

Patient 63 ans

Depuis 1 mois

Clinique

Déficit triceps D&G, Abolition réflexes C6 G, RT vifs aux MI, clonus cheville D&G

Video





EMG : C6, C7, C8 D, retard des PES médians à D.

IRM cervicale : MCA C5-C6

# Marche hyperkinétique

## Chorée et dystonie

Patient 66 ans

Troubles de la marche ancien, chutes

Troubles psychiatriques et cognitifs

ATCD familiaux

Clinique

Dystonie : le mouvement anormal donnant le plus de troubles de la marche. Uni ou bilatérales. Les aspects cliniques sont très variables selon les formes : pseudo-steppage ++

Maladie de Huntington, les troubles de la marche et de l'équilibre sont complexes : atteinte sévère des réflexes posturaux, syndrome akinétique, mouvements choréodystoniques axiaux et des membres.

Chutes fréquentes

Étiologies

Dystonies : génétiques (mutation DYT1), la maladie de Parkinson surtout à début précoce, les anoxies néonatales

Chorée : maladie de Huntington, dyskinésies induites par la L-dopa chez les parkinsoniens

Bilan

Imagerie

Génétique

# Symptômes neurologiques fonctionnels

Patient 37 ans

Apparition subaiguë de multiples mouvements anormaux et de troubles de la marche

Contexte : anxiété

Clinique

Apparition brutale

Non systématisée, protéiforme

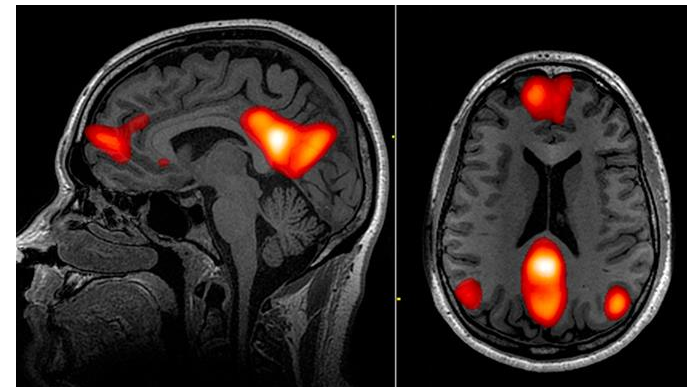
Caractère fluctuant

Physiopathologie mal connue

Bilan

Imagerie

Biologie







# La marche du petit vieux

Tous les éléments sémiologiques précédents peuvent être combinés

L'âge n'explique pas tout

Plus spécifiques du sujet âgé : petits pas, freezing, phobie de la chute, marche imprudente

Associés aux risques de démence et de mort par maladie cardiovasculaire

Peut annoncer une maladie neuro-dégénérative (PSP, atrophie cortico-basale)

# Marche à petits pas

Patient 64 ans

Marche ralentie depuis 2 ans

Apathie, difficulté pour écrire, tremblement du bras droit

Clinique syndrome parkinsonien

Triade: bradykinésie, rigidité, tremblement . Marche ralentie, triple flexion. Asymétrie

Formes évoluées : troubles posturaux avec risque de chutes

Étiologies

Syndromes parkinsoniens dégénératifs (MPI ++)

États lacunaires (multiples AVC noyaux gris centraux)

Hydrocéphalie à pression normale

Iatrogénie (NLP, Dépakine)

Bilan

Imagerie

Biologie (carences, état nutritionnel, bilan phospho-calcique)

Traitement

Essai dopathérapie

Kinésithérapie ++



# Les chutes du petit vieux

Liées aux pathologies associées : visuelles, auditives, rhumatologiques

Rôle de la polymédication (neuroleptiques masqués, hypotenseurs, ttt anti-parkinsoniens, autres psychotropes)

Favorisées par les petits pas, le freezing, la marche imprudente

Marche imprudente : trop rapide pour le niveau de handicap réel, liée au dysfonctionnement frontal

Risques augmentés par la confusion mentale



# Syndrome post-chute

Patiente de 86 ans

Chute par maladresse

Ne sort plus de chez elle

Appréhension ++



## Clinique

Marche précautionneuse : ralentie, prudente, sans déficit, marquée par la recherche d'appuis et le besoin d'une réassurance ou d'une présence.

Phobie de la chute : peur panique de marcher ; s'agrippe à l'examineur ou à des meubles, aux murs, au prix de postures hasardeuses à haut risque de chute. Toute tentative de lâcher le sujet s'accompagne de réactions anxieuses majeures

Rééducation intensive

Iatrogénie ++

## Bilan

Imagerie

Biologie



# Instabilité à petits pas

	Sous-cortico-frontale	Phobique	Parkinson (forme idiopathique)
Chutes	+++	1 ou 2 Appuis sur meubles instables	Tardives
Occlusion des yeux	+	+++	-
Marche	IMPRUDENTE	TROP PRUDENTE	PRUDENTE
Tests cliniques	Pousser-lâcher Tb cognitifs et sphinctériens	Réassurance	Rigidité ? Pousser-lâcher
Causes	Microangiopathie HPN, lésions frontales	Chutes Anxiété	Neuro-dégénérescence
Tests para-cliniques	Imagerie	Imagerie (Nle)	Test L-DOPA



# Chutes

Patient 80 ans

Tremblement essentiel progressif, arythmie/amiodarone  
frère : angiopathie amyloïde

Chutes en avant, agitation nocturne, urgenteries

Clinique

Altération des réflexes posturaux, lever difficile

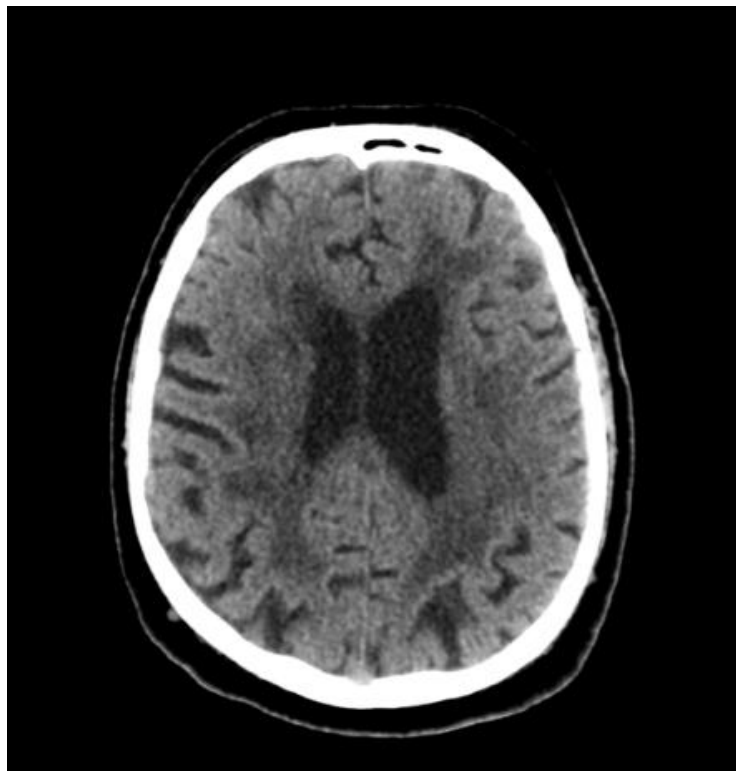
« parkinson des membres inférieurs »

Troubles attentionnels

Video







EMG : polyneuropathie sensitivo-motrice axonale modérée

?

Patiente 72 ans

Difficultés à la marche depuis 5 ans

Aggravation progressive

Petits pas, spastique, peur de choir



Syndrome de l'homme raide

Maladie auto-immune (anticorps anti-GAD)

# Conclusion

Les troubles de la marche recouvrent un grand nombre de pathologies dont l'occurrence augmente avec l'âge

Volontiers annonciateurs de pathologies neuro-dégénératives ou cérébro-vasculaires

La marche est un test neuro-psychologique

Concept de « fragilité »