

Mots clés : Dystonie rachidienne ; Lyse isthmique ; Lombalgie ; Toxine botulique

Introduction.– Les dystonies primitives ou secondaires avec atteintes axiales peuvent occasionner des spondylolyses. L'intérêt de la toxine botulique est bien décrit dans la littérature dans les dystonies axiales cervicales mais peu dans les dystonies lombaires. Nous décrivons un cas où la toxine botulique a été utilisée dans une dystonie lombaire à visée antalgique et réalisons une revue de la littérature sur ce sujet.

Observation.– Une patiente de 27 ans, atteinte d'une pathologie neurologique centrale dégénérative héréditaire type PKAN, présente un tableau dyskinétique et dystonique avec une dystonie axiale. Brutalement, elle décrit d'intenses lombalgies cotées à 10 sur 10 sur une échelle verbale. Les lombalgies sont provoquées par des mouvements dystoniques répétés en élévation antérieure des membres supérieurs, grande extension rachidienne dorsolombaire et extension de hanche (opisthotonos). Les radiographies montrent une spondylolyse bilatérale au niveau de L3 absente au précédent bilan. Les mouvements anormaux ne permettent pas une immobilisation classique par corset. Une première injection de toxine botulique (150 unités Botox[®] dans les muscles spinaux lombaires) est réalisée à visée antalgique. Pour casser le schéma en extension, les chefs antérieurs des deltoïdes et les grands fessiers sont également injectés pour une dose totale de 400 unités par séance. Quatre semaines après l'injection de toxine, la douleur est évaluée à 5 sur 10, les mouvements d'extension sont moins fréquents. Après une installation assise adaptée, une infiltration bilatérale des articulaires postérieures (125 mg d'hydrocortacyl), la patiente est totalement soulagée. Les injections de toxine sont efficacement renouvelées tous les trois mois devant la réapparition des douleurs.

Discussion.– L'augmentation de la fréquence des spondylolyses est montrée chez les patients paralysés cérébraux [1], une des pathologies avec dystonie la plus fréquente. L'efficacité de la toxine botulique dans les spinaux est difficile à prouver en termes de diminution des contractions, mais quelques publications vont dans le sens d'une diminution des mouvements anormaux et des douleurs [2].

Références

- [1] Toshinori S, et al. Lumbar spinal disorders in patients with athetoid cerebral palsy. *Spine* 2006;31:66–70.
[2] Comella C, Shannon K, Jaglin J. Extensor truncal dystonia: successful treatment with botulinum toxin injections. *Mov Disord* 1998;13:552–5.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.853>

P067-f

Pneumothorax après injection de toxine botulique A

A. Dongas^{a,*}, F. Genet^b, M. Popoff^b, M. Faye^b, C. Jourdan^b, A. Schnitzler^b

^aHôpital Raymond-Poincaré, 104, boulevard Raymond-Poincaré,

92380 Garches, France

^bHôpital Raymond-Poincaré, Assistance publique-Hôpitaux de Paris,

Garches, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nasia213@hotmail.com.

Mots clés : Toxine ; Spasticité ; Pneumothorax

Introduction.– Nous rapportons le cas d'un pneumothorax après injections de BoNT-A.

Cas clinique.– Patiente de 58 ans ayant des séquelles d'une chirurgie de méningiome frontal gauche à 36 ans d'évolution.

Sur le plan moteur, elle a comme séquelle une hémiplégié droite proportionnelle spastique nécessitant des injections régulières de BoNT-A. Les muscles injectés étaient le *subscapularis* droit (par voie antérieure et postérieure) et le *pectoralis major* (en deux points par voie antérieure). Ils étaient repérés par électrostimulation. Lors de la sixième séance, le muscle *subscapularis* avait été difficilement repéré. Deux heures après cette dernière session, la patiente a brutalement eu un épisode de dyspnée. Le bilan a retrouvé un pneumothorax droit nécessitant un drainage et une hospitalisation en réanimation pendant cinq jours. La relation entre l'injection et le pneumothorax a été établie. La patiente n'a pas gardé de séquelle de cet épisode.

Discussion/conclusion.– Il s'agit du premier cas décrit de pneumothorax après injection de BoNT-A. Il est probable que la recherche du muscle *subscapularis* en soit la cause, le muscle *pectoralis major*, plus superficiel, ayant été repéré facilement.

Des cas similaires ont été décrits lors d'examen EMG pour les muscles *teres major* et *pectoralis major*, mais jamais pour le muscle *subscapularis* [1].

Ce cas rappelle la nécessité d'une aide technique au repérage des muscles injectés, ainsi que le risque pris lors du repérage des muscles thoraciques.

Référence

- [1] Al-Shekhlee A, et al. Iatrogenic complications and risks of nerve conduction studies and needle electromyography. *Muscle Nerve* 2003;27(5):517–26 [Review].

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.854>

P068-f

Pseudobotulisme ou syndrome de diffusion généralisée après injection de toxine botulique de type A pour hyperactivité détrusorienne d'origine neurologique

R. Haddad^{*}, C. Rech, M.-C. Durand, P. Denys, A. Even, D. Ben Smail

Service de médecine physique et réadaptation Widal 1, hôpital Raymond-Poincaré, 104, boulevard Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rebecca.haddad@etu.parisdescartes.fr.

Mots clés : Pseudobotulisme ; Toxine botulique ; Hyperactivité détrusorienne ; Jitter neuromusculaire ; Faiblesse musculaire ; Effets indésirables

Introduction.– La toxine botulique est un traitement efficace de l'hyperactivité détrusorienne d'origine neurologique ou idiopathique réfractaire aux anticholinergiques. Elle peut néanmoins entraîner des complications localisées et parfois systémiques à type de pseudobotulisme.

Observation.– Une patiente de 24 ans tétraplégique C7 ASIA C, spastique post-traumatique avec une hyperactivité détrusorienne au bilan urodynamique, était traitée efficacement depuis un an par anticholinergiques et injections intradétrusoriennes de toxine botulique. Dix jours après la dernière injection (300 UI Botox), la patiente présentait une faiblesse musculaire généralisée, une impossibilité de manipuler le volant de sa voiture et de réaliser ses transferts. L'examen clinique objectivait une majoration du déficit des triceps (notation MRC 2 vs 3+ initialement) et une perte de 67 et 72 % de sa force à l'évaluation isométrique des deltoïdes, respectivement à droite et à gauche. La capacité vitale était à 2,07 L vs 2,36 L initialement. Le jitter neuromusculaire de l'orbiculaire des paupières était altéré avec 22,7 % de fibres anormales et un jitter moyen à 27,45 μ sec. Les diagnostics différentiels ont été exclus avec des anticorps anti-Musk et anti-R Ach négatifs, une IRM médullaire montrant l'absence de syringomyélie et de hernie discale compressive, et le diagnostic de pseudobotulisme était porté. La patiente a eu un suivi clinique et électrophysiologique régulier, avec une normalisation de la force musculaire en un an et amélioration lente du jitter neuromusculaire.

Discussion.– Plusieurs cas de faiblesse musculaire généralisée après injections intradétrusoriennes de toxine botulique ont été décrits, dont les mécanismes physiopathologiques de survenue sont mal connus. L'intérêt de cette observation est le suivi sur un an avec mesures électrophysiologiques, évaluation de la force musculaire et de la préhension en ergothérapie. Les complications générales des injections de toxine botulique dans l'hyperactivité détrusorienne nécessitent un suivi régulier clinique et électrophysiologique. Les patients doivent être informés de ce risque potentiel.

Pour en savoir plus

Karsenty G, et al. Botulinum toxin A (Botox) intradetrusor injections in adults with neurogenic detrusor overactivity/neurogenic overactive bladder: a systematic literature review. *Eur Urol* 2008;53:275–87.

De Laet K, Wyndaele JJ. Adverse events after botulinum A toxin injection for neurogenic voiding disorders. *Spinal Cord* 2005;43:397–9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.855>