

Fonctionnalité du membre supérieur

Communications orales

CO06-002-f

Récupération motrice du membre ipsilésionnel en phase subaiguë après AVC

J. Metrot^{a,*}, J. Froger^b, I. Hauret^c, D. Mottet^a,

L. Vandokkum^a, I. Laffont^d

^a Movement to Health Laboratory, EuroMov, Montpellier-1 University, France

^b Physical Medicine and Rehabilitation, Department Graou du Roi, CHU de Nîmes, Nîmes, France

^c Physical Medicine and Rehabilitation Department, CHU Clermont-Ferrand, Paris, France

^d Physical Medicine and Rehabilitation Department, CHRU Montpellier, Montpellier, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Membre supérieur ipsilésionnel ; AVC ; Analyse cinématique ; Capacités de préhension

Introduction.– Dans cette étude observationnelle, nous investiguons les changements de performance motrice du membre supérieur ipsilésionnel en utilisant des évaluations cliniques et cinématiques en phase subaiguë après AVC.

Méthode.– Au total, 19 patients (âge 62,9) ont été inclus systématiquement dans leur premier mois après ictus. Huit évaluations cliniques (Box and Block test, Nine Hole Peg test) et cinématiques ont été conduites pendant 6 semaines et 3 mois après inclusion. Nous avons analysé la fluidité du mouvement, le temps de mouvement et la vitesse de la main ipsilésionnelle. Neuf individus témoins ont réalisé les mêmes évaluations lors d'une session unique.

Résultats.– La récupération de la fonction ipsilésionnelle, exprimée par les capacités de préhension, augmente avec les sessions ($p < 0,01$) et stagne ensuite après 6 semaines de rééducation conventionnelle. À l'issue du protocole, le membre supérieur ipsilésionnel montre des scores cliniques similaires aux contrôles, alors que leurs mouvements d'atteinte ne sont pas aussi fluides ($p = 0,04$).

Discussion.– Nos résultats montrent que la fonction ipsilésionnelle reste altérée lors des 3 premiers mois après AVC, même si les tests cliniques ne le détectent pas. Se focaliser sur cette altération ipsilésionnelle persistante pourrait permettre de mieux comprendre les réseaux neuraux spécifiques du membre supérieur ipsilésionnel.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.656>

CO06-003-f

Exceptionnelle récupération tardive d'une préhension fine après AVC : étude cinématique et neuroanatomique (IRMf et tractographie)



C. Ciceron^{a,*}, P. Rizzo^b, S. Bellaïche^a, J. Redoute^c,
D. Sappey-Marini^c, S. Hannoun^c, F. Cotton^d, P. Revol^e,
Y. Rossetti^e, J. Luaute^a, G. Rode^a

^a Inserm UMR-S 1028, CNRS UMR 5292, ImpAct, Centre des neurosciences de Lyon, université Lyon-1, services de médecine physique et réadaptation, hôpital Henry-Gabrielle, Hospices Civils de Lyon, Saint-Genis-Laval, France

^b Hospital Clínico Universidad de Chile, Independencia, Chili

^c CERMEP–imagerie du vivant, Bron, France

^d CREATIS, INSA–502, université Lyon-1, service de radiologie, Centre Hospitalier Lyon Sud, Hospices Civils de Lyon, Lyon, France

^e Inserm UMR-S 1028, CNRS UMR 5292 ; ImpAct, Centre des neurosciences de Lyon, université Lyon-1, Plate-forme « Mouvement et Handicap », hôpital Henry-Gabrielle, Hospices Civils de Lyon, Lyon, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : AVC ; Préhension ; Récupération ; IRMf ; DTI ; Plasticité cérébrale
Introduction.– La récupération d'une préhension fine après déficit complet après AVC est rare. Le plus souvent la récupération est incomplète et survient durant les 6 premiers mois. Nous rapportons une observation exceptionnelle de récupération tardive d'une préhension fine survenue entre 5 et 9 ans d'évolution après un AVC sylvien total gauche.

Méthode.– La récupération a été suivie par une analyse cinématique du mouvement de préhension à 5, 9 et 12 ans après l'AVC, et comparée aux données de 6 sujets témoins appariés. Une IRM DTI et une IRMf au cours d'une tâche d'opposition des doigts ont été réalisées et comparée aux données de 10 sujets témoins.

Résultats.– Le patient présente une ébauche de motricité des doigts à 2 ans, une pince bidigitale à 4 ans, et une pince comparable à celle des contrôles à 9 ans. L'IRM DTI montre une lésion partielle de l'aire M1 et du faisceau cortico-spinal gauche. La tâche d'opposition des doigts parétiques s'accompagne d'une activation de la partie intacte de M1 controlatérale et de M1 ipsilatérale.

Conclusion.– La récupération tardive d'une préhension bidigitale après AVC est liée à une plasticité de M1 controlatérale et ipsilatérale.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.657>

CO06-005-f

Cipass : étude d'un programme quotidien de stimulation cérébrale par TMS de type pas chez l'hémiplégique après AVC en phase de récupération

M. Tarri^{*}, M. Simonetta-Moreau, I. Loubinoux,
X. De Boissezon, D. Gasq, P. Marque, E. Castel-Lacanal
Inserm, Toulouse, France

*Auteur correspondant.



Objectif.– CIPASS (Chronic IPAS in Stroke) est un nouveau protocole de neuromodulation proposant des sessions PAS (Paired Associative Stimulation) de façon répétitive à des patients victimes d'AVC. L'objectif est de prouver un effet durable (3 jours) de l'augmentation de la plasticité cérébrale pour les muscles extenseurs du poignet (ECR) associé à une amélioration fonctionnelle.

Méthodes.– Le PAS consiste en une combinaison de 2 stimulations : électrique et TMS (0,1 Hz) pendant 30 minutes. Cette étude est randomisée, en double-insu contre placebo. Au total, 24 patients (PAS : $n = 12$ and Placebo : $n = 12$). Une session de stimulation PAS est appliquée de façon quotidienne (5 jours).

Résultats.– Nos résultats ont mis en évidence, 3 jours après la fin du protocole (J8), une importante augmentation de la surface du PEM pour le groupe PAS (+125 % ± 218 %) comparée au groupe Placebo (+28 % ± 83 %).

L'augmentation du FMMS groupe PAS (+5,3 ± 4,5 patients) par rapport au groupe Placebo (+4,5 ± 3,8 patients) à j8.

Discussion.– CIPASS semble induire une modification de l'excitabilité corticale durable (> 3 jours) pour le groupe A. Cette étude nous permettra de mieux comprendre les phénomènes de plasticité cérébrale et de prouver l'intérêt de CIPASS comme adjuvant thérapeutique.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.658>

CO06-008-f

Analyse de la sensibilité au changement d'une échelle de fonctionnalité du membre supérieur : UL-ADL

M. Rousseaux^{a,*}, H.Y. Bonnin Koang^b,

C. Benaim^c, L.G.I. Prime-2^d

^a CHRU Lille, Lille, France

^b CHU de Nîmes, Nîmes, France

^c CHU de Dijon, Dijon, France

^d CHU de Paris, Paris, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Membre supérieur ; Main ; Fonctions ; Échelle ; Sensibilité

Objectif.– L'échelle UL-ADL analyse les difficultés du patient hémiparétique dans des fonctions passives et actives du membre supérieur, dans des situations de la vie quotidienne (questionnaire) puis de test. Nous avons analysé sa sensibilité au changement.

Méthode.– Au total, 92 patients ont été inclus pendant deux ans dans 18 centres français. L'échelle était présentée avant la 8^e semaine suivant un accident vasculaire cérébral puis après un délai de 4–12 semaines. Le changement a été analysé par les index classiques de changements et la sensibilité/spécificité par rapport à un critère prédéfini (une progression de l'Index Moteur > 20/100).

Résultats.– La réponse moyenne standardisée (questionnaire : 0,86 ; test : 0,71) révélait une sensibilité modérée à bonne, plus importante que la taille de l'effet (0,66 ; 0,49). Ces index étaient comparables à ceux de l'échelle de Rivermead (0,91 ; 0,63). L'aire sous la courbe ROC (sensibilité/spécificité) était relativement importante, mais comparable à celle de l'échelle de Rivermead. Les corrélations étaient fortes ($p < 0,0001$) entre les évolutions des scores UL-ADL et de l'Index Moteur.

Conclusion.– L'échelle UL-ADL a montré une sensibilité globale au changement proche de celle des tests de référence. Mais dans cette population, le changement était variable et souvent absent.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.659>



CrossMark