

associées et niveaux GMFCS).

Méthodes.— La description des IRM a été analysée et classée en 10 catégories distinctes.

Résultats.— Les lésions cérébrales à l'imagerie étaient dominées par les malformations cérébrales (22,9 %), suivi par les cas d'association de plus qu'une lésion à l'IRM (20 %) et les lésions de leucomalacie périventriculaire (18,6 %). Les enfants avec forme spastique bilatérale et un niveau GMFCS à IV-V avaient surtout des lésions de malformation cérébrale (14/49), de leucomalacie (12/49) et des associations lésionnelles à l'IRM (10/49). Les 3 enfants avec formes dyskinétiques avaient des lésions de la substance grise profonde. Les enfants avec lésions vasculaires à l'IRM (4/5) étaient souvent indépendants à la marche (GMFCS à II). Les déficiences associées étaient surtout trouvées chez les enfants avec malformation cérébrale, leucomalacie et avec l'association de plusieurs lésions à l'IRM.

Discussion.— La connaissance acquise de ce type de corrélation pourra améliorer la prise en charge par des actions de préventions et de traitement adaptées à la dynamique de la pathologie.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1316>

P370-f

Intérêt de la rééducation dans le traitement du pied bot varus équin par la technique de Ponseti

W. Kessomtini^a, N. Gader^a, H. Ben Brahim^a, W. Said^a, A. Jellad^b, Z. Ben Salah^b

^a Unité de médecine physique et réadaptation, CHU Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie

^b Service de médecine physique et réadaptation, CHU Fattouma Bourguiba, Tunisie

Mots clés : Pied bot varus équin ; Technique de Ponseti ; Rééducation

Introduction.— La technique de Ponseti est actuellement le traitement de 1^{ère} intention du pied bot varus équin (PBVE). Nous l'avons couplée à une rééducation adaptée afin d'améliorer le résultat thérapeutique. Le but de ce travail est d'évaluer l'intérêt de la rééducation dans la prise en charge des PBVE traités par Ponseti.

Matériel et méthode.— Il s'agit d'une étude prospective incluant 30 pieds, traités par la technique de Ponseti et divisés en deux groupes homogènes de 15 (G1, G2). G1 avait bénéficié d'une rééducation pendant 3 mois associé à l'immobilisation par des attelles de Steen Beck. G2 était uniquement immobilisé. Nous avons évalué les patients à l'aide du score de Pirani et de Dimeglio.

Résultats.— Tous les pieds étaient classés très sévères initialement (grade IV). En fin du protocole le score moyen de Dimeglio a passé de 18 à 0,23 pour G1 et 0,52 pour G2. De même le score moyen de Pirani a passé de 6 à 0,15 pour G1 et 0,38 pour G2. Cette différence était significative pour les deux scores ($p < 0,01$).

Conclusion.— Bien que non prescrite dans la technique de Ponseti, la rééducation joue un rôle dans l'amélioration du résultat thérapeutique du PBVE.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1317>

P376-f

Étude rétrospective des consultations anténatales dans le centre de référence maladie rare des malformations de membres

F. Guillou

Hôpitaux de Saint-Maurice, Saint-Maurice, France

Mots clés : Malformation ; Membres ; Anténatale ; Consultation

Introduction.— Les malformations des membres sont rares. Le diagnostic anténatal a entraîné une réduction effective du nombre de naissance et l'organisation de la prise en charge dès la naissance [1,2].

Matériel et méthode.— Sur 53 grossesses, 10 IMG ont été réalisés pour des malformations plus ou moins sévères [3]. Les décisions concernant l'issu de la grossesse sont très variables d'un couple à l'autre et d'une équipe à l'autres.

à la naissance.

Les possibilités fonctionnelles sont différentes pour une même anomalie... et il est donc impossible d'avoir une description systématisée.

Références

- [1] Sentilhes L, Verspyck E, Patrier S, Eurin D, Lechevallier J, Marpeau L. Amniotic band syndrome: pathogenesis, prenatal diagnosis and neonatal management. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2003;32:693–704.
- [2] Potier A. Prenatal diagnosis of upper limb reduction deficiencies. *Chir Main* 2008;27:S21–6 [Epub 2008 Aug 30].
- [3] Pons JC, Valat AS, Oury JF, Descamps P, Gaucherand P, Pontonnier N, Piliard D. [Management of 103 limb reduction defects: a French-speaking fetal medicine club enquiry]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2005;34:137–44.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1318>

P378-f

Problèmes de maintien de tête chez l'enfant paralysé cérébral

P. Toullet, A. Jouve

Institut motricité cérébrale, Paris, France

L'incapacité de sujets paralysés cérébraux à maintenir leur tête durablement a des conséquences multiples telles que perceptives (cohérence des informations visuelles, labyrinthiques et proprioceptives), motrices (coordination oculo-manuelle), alimentaire (qualité de déglutition) et posturale (attitude pathologique) communication non verbale et qualité de vie (douleur).

Différents apports contribuent à nous faire cheminer dans notre compréhension des troubles multifactoriels que cette incapacité recouvre, et dans les démarches thérapeutiques telles que les travaux de Grenier et de Le Métayer sur les aptitudes innées du nouveau-né, et ceux de Assaiante et Berthoz sur la construction des stratégies d'équilibre chez l'enfant.

Nos propres observations cliniques auprès de très jeunes enfants nés prématurément, d'une part, et de sujets polyhandicapés, d'autre part, nous permettent d'apporter quelques réponses à ces situations de maintien de tête défaillant.

Pour en savoir plus

Assaiante C. La construction des stratégies d'équilibre chez l'enfant au cours d'activités posturocinétiques. *Ann Readapt Med Phys* 1998; 41: 239–49 [Elsevier, Paris].

Berthoz A. Le sens du mouvement. Paris: Édition Odile Jacob; 2008.

Grenier A. Évaluation neurologique du nouveau-né. Paris: Édition Masson; 1980.

Le Métayer M. Bilan cérébromoteur du jeune enfant, EMC-Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation; 2009.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1319>

P379-f

L'attelle dynamique Ultraflex® : sa bonne tolérance facteur-clé de son efficacité démontrée dans le traitement du flexum de genou de l'enfant paralysé cérébral

I. Heymann

CMPRE, Flavigny-sur-Moselle, France

Mots clés : Paralysie cérébrale ; Flexum de genou ; Attelle dynamique ;

Tolérance

Objectif.— Évaluer la compliance au traitement et le retentissement sur le sommeil.

Matériel et méthodes.— Quatre-vingt-douze patients destinataires d'un questionnaire évaluant la régularité, durée du port, qualité du sommeil, délai d'adaptation et tolérance.

Résultats.— Soixante-dix réponses, 18 filles et 52 garçons de 5 à 23 ans (28 GMFCS I et II ; 19 GMFCS III et IV ; 23 GMFCS V) ; compliance : 68 % port toutes les nuits ; 2,8 % abandon de l'attelle ; durée du port nocturne : 78,7 % > 7 heures ; tolérance : 74,2 % tolérance excellente ou bonne ; 18,6 % moyenne ; 7,1 % médiocre.