

du papier d'aluminium est une méthode intéressante simple et peu onéreuse.

Pour en savoir plus

Laurent G et al. Claw toes in hemiplegic patients after stroke. *Ann Phys Rehabil Med* 2010 Mar.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.592

P021-FR

Apport de la toxine botulique dans la prise en charge de la spasticité. À propos de vingt-deux cas

F. Benlebna*, B. Boumediene Zellat, F. El Abed,

S. Nait Chalal, S. Boukessassa, Z. Djaroud*

Médecine physique réadaptation/établissement hospitalo-universitaire

1-novembre-1954, BP Ibn-Rochd 4166, 31000 Oran, Algérie

*Auteur correspondant.

Mots clés : Spasticité ; Toxine botulique ; Qualité de vie

La prise en charge de la spasticité s'est fortement modifiée avec l'avènement de la toxine botulique comme outil thérapeutique en médecine physique et réadaptation.

Patients et méthodes.— Vingt deux patients ont été sélectionnés à partir d'une consultation spasticité de médecine physique et réadaptation, EHU Oran sur une période de 04 mois (novembre 2010–février 2011). Une évaluation analytique de la spasticité par le score d'Ashworth modifié et fonctionnelle a été effectuée pour chaque patient. L'injection de la toxine botulinique a été indiquée pour résoudre le problème orthopédique, d'hygiène et fonctionnel.

Résultats.— L'âge des patients variait de 03–66 ans (moyenne d'âge 23,47 ans), 07 femmes (31,8 %) et 15 hommes (68,1 %). L'étiologie variait de l'une infirmité motrice cérébrale, $n=09$ cas (40,9 %) ; hémiplegie vasculaire, $n=08$ cas (36,3 %) ; traumatisme médullaire, $n=02$ cas (9 %) ; traumatisme crânien, $n=01$ cas (5 %) ; sclérose en plaque, $n=01$ cas (5 %) et séquelles de méningite, $n=01$ cas (5 %). La spasticité touchait le membre inférieur, $n=17$ cas (77,2 %) ; le membre supérieur, $n=09$ cas (49,9 %). Des plâtres d'étirement ont été placés 10 à 15 jours après l'injection chez 07 patients (31,8 %).

Discussion/conclusion.— Les injections intramusculaires de la toxine botulique ont présenté un gain du score d'Ashworth modifié de l'ordre de 02 points en moyenne après 02 à 04 semaines, un gain de la mobilité articulaire, une amélioration sur le plan orthopédique et fonctionnel. Après 03 mois les résultats ont été classés selon trois niveaux ; bon : $n=09$ patients (40,9 %), moyen : $n=07$ patients (31,8 %), et médiocre : $n=06$ (27,2 %).

Pour en savoir plus

Péllissier J, Asencio G, Julia M. Pied de l'hémiplégique. *Cofemer*; 2007.

Fève A. Spasticité et toxine botulique. *Neurochirurgie* mai 2003;Vol 49, N° 2–3: p. 265–270.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.593

P022-FR

Effet d'une injection de toxine botulique sur les paramètres spatiotemporels de la marche de l'IMC adulte

C. Marchiori*, J. Boudarham, R. Zory, C. Rech, D. Bensmail, N. Roche,

D. Pradon

EA4497 GRTCH, CIC-IT 805, CHU Raymond-Poincaré, AP-HP, 104,

boulevard Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : IMC ; Marche ; Biomécanique ; Toxine botulique

Objectif.— La prise en charge de la marche des patients adultes ayant une diplegie spastique consécutive à une infirmité motrice cérébrale (IMC) vise, entre autre, à surveiller la dégradation du schéma de marche et l'autonomie de déplacement. Chez l'enfant IMC, il existe de nombreuses études caractérisant le schéma de marche. De ces travaux, un certain nombre d'index ont été proposés. Actuellement, le *Gillette Gait Index* (GGI) est score privilégié par les cliniciens pour suivre l'évolution mais aussi les effets des thérapeutiques sur la marche. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'effet d'injection de toxine botulique (BoNTA) sur les paramètres spatiotemporels du cycle de marche et sur le GGI chez IMC adulte.

quantifiée de la marche à vitesse préférentielle (protocole Helen Hays, 100 Hz, Motion Analysis®) a été réalisée avant et après injection multi sites de BoNTA (1 mois). L'analyse de données a été réalisée sur les paramètres spatiotemporels du cycle de marche ainsi que sur l'asymétrie des phases du cycle de marche (index de Robinson) et sur le GGI. Un t-test de Student a été utilisé avec $p < 0,05$. **Résultats.**— Post-injection BoNTA, on note une amélioration significative de la vitesse (+ 10 %) et de la longueur (+ 6 %) du pas. On note une diminution de l'asymétrie de la proportion des phases : d'appui (– 3,37) et oscillante (– 6,2). Concernant le GGI, on note une moyenne de 294 [88–641] pour le côté droit et 956 [618–1572] pour le côté gauche. Post BoNTA, on observe une amélioration pour 3 des 16 patients, une dégradation pour 4 des 16 patients et aucunes modifications pour 9 des 16 patients (critère proposé par Postans).

Discussion.— L'analyse d'une seule injection de BoNTA souligne que certains paramètres de la marche sont améliorés, tels que la vitesse et l'asymétrie des phases du cycle de marche. Cependant post-injection de BoNTA, la modification du GGI est hétérogène. Ce résultat s'explique par une amélioration ou une dégradation des paramètres pris en compte dans le calcul du GGI qui sont différents pour chaque patient.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.594

P023-FR

Intérêt de la rééducation de l'équilibre et de la réadaptation à l'effort en ambulatoire dans la prise en charge de la neuropathie ataxiante : cas clinique et revue de la littérature

A. Jellad*, H. Migaou, M.A. Bouaziz, S. Salah, Z. Ben Salah

Médecine physique et réadaptation, CHU Fattouma-Bourguiba, rue 1er-Juin, 5019 Monastir, Tunisie

*Auteur correspondant.

Mots clés : Neuropathie ataxiante ; Équilibre ; Rééducation

Introduction.— Les neuropathies ataxiantes font partie des neuropathies périphériques caractérisées par une atteinte de la sensibilité profonde avec une atteinte motrice modérée. Elles entraînent une instabilité avec des troubles de l'équilibre et de la marche. La rééducation fonctionnelle spécifique présente un atout majeur dans la prise en charge de ses patients.

Observation.— Patient âgé de 28 ans porteur d'une neuropathie périphérique ataxiante d'installation très progressive depuis l'âge de 6 ans aboutissant à un pied Charcot traité chirurgicalement avec amputation du 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} orteil gauche. Ce patient présente des difficultés fonctionnelles retentissant sur sa qualité de vie sociale et professionnelle (troubles de l'équilibre et de la marche, difficulté à la montée d'escalier. . .). À l'examen : marche talonnante, pieds plats, valgus bilatéral, troubles de la sensibilité profonde et thermo-algésique. Le bilan reposait sur l'évaluation de l'équilibre (appui monopodal, échelle de l'équilibre de Berg et *get up and go* test) et de la vitesse de marche. Une prise en charge rééducative spécifique a été entreprise en ambulatoire visant l'amélioration de la stabilité et de l'équilibre, la correction posturale, l'amélioration du schéma et de la vitesse de marche et une réadaptation à l'effort. Une prescription d'une semelle orthopédique sur moulage a été faite. L'évolution a été marquée par une amélioration de tous les paramètres évalués au bout de deux mois de rééducation. Le patient s'estimait très satisfait.

Discussion.— La rééducation dans les neuropathies ataxiantes repose sur le travail de la sensibilité, le gain des amplitudes articulaires, le renforcement musculaire, le travail de l'équilibre statique et dynamique et l'amélioration des capacités aérobies. L'appareillage est nécessaire notamment en cas d'arthropathie neurologique des pieds. Ces patients doivent être orientés systématiquement vers un service ou un centre de rééducation fonctionnelle pour une prise en charge précoce pouvant améliorer leur qualité de vie personnelle, sociale et professionnelle.

Pour en savoir plus

Ruhland JL, Shields RK. The effects of a home exercise program on impairment and health-related quality of life in persons with chronic peripheral neuropathies. *Phys Ther* 1997;77:1026–39.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.595