

## Chirurgie du handicap Disability surgery

### Communications orales

Version française

CO17-001–FR

#### Le pied spastique : point de vue du neurochirurgien et point de vue de l'orthopédiste

D. Menegalli

Service de neurochirurgie, hôpital Nord, CHU de Nantes, France

Résumé non-communicué.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.896

CO17-002–FR

#### Le pied spastique : le point de vue du chirurgien orthopédiste

G. Gadbled\*, S. Touchais, F. Guoin

Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique, CHU de Nantes, place Alexis-Ricordeau, 44000 Nantes, France

\*Auteur correspondant.

Mots clés : Spasticité ; Chirurgie

La spasticité va induire des modifications sur les propriétés contractiles des fibres musculaires :

- une prédominance des fibres rouges Type I ;
- une atrophie des fibres blanches Type II ;
- une diminution du nombre de sarcomères induisant un raccourcissement du muscle.

Le pied spastique varus-équin est au mieux évalué dans une consultation multidisciplinaire de neuro-orthopédie avec réalisation de blocs moteurs pour orienter la chirurgie. L'indication opératoire est posée lorsqu'une gêne fonctionnelle importante persiste après une rééducation bien conduite, l'instauration ou non d'un traitement antispastique et la réalisation ou non d'injection de toxine botulinique.

La chirurgie est l'objet d'un contrat entre le malade et l'équipe soignante, avec des objectifs réalistes.

La chirurgie pourra être nerveuse, tendineuse et ostéoarticulaire.

La chirurgie nerveuse a pour objectif d'affaiblir l'hypertonie spastique du muscle concerné. Le gain obtenu peut être évalué par la réalisation de blocs moteurs ou d'injection de toxine botulinique en préopératoire.

Sa réalisation nécessite un microscope et un neuro-stimulateur.

Il s'agit de neurotomie sélective des trois-quarts des fascicules moteurs du muscle spastique, pour éviter une hypercorrection par le ou les muscles antagonistes.

La chirurgie tendineuse est de deux types :

- la chirurgie d'allongement tendineux dans le cas de muscle rétracté. Cette chirurgie d'allongement est intramusculaire (à la jonction myo-tendineuse) quand la rétraction est autour de 2 cm. Elle est intra-tendineuse pour des rétractions importantes. L'allongement intra-tendineux est une ténotomie en Z, qui sera réglée à ciel ouvert et suturée pour éviter toute hypercorrection par les muscles antagonistes. Parfois, il est nécessaire de réaliser une ténotomie ;
- la chirurgie de transfert tendineux pour compenser des antagonistes absents.

La chirurgie ostéoarticulaire est de deux types :

- l'arthrolyse est un geste rarement réalisé car les déformations sont extra-articulaires ;
- les arthrodèses sont rares pour l'articulation tibio-talienne. Elles sont réalisées après échec d'une chirurgie tendineuse. Les arthrodèses de l'articulation sous-talienne permettent la correction du varus. Les arthrodèses de l'interligne de Chopart permettent de contrôler le mouvement d'inversion ou d'éversion. L'intervention en fonction de la consultation préopératoire peut comporter différents gestes possibles.

Les principaux échecs de la chirurgie sont l'hypercorrection et la déception du malade.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.897

CO17-003–FR

#### La hanche spastique du paralysé cérébral

P. Denormandie

Service d'orthopédie, hôpital de Garches, France

Résumé non-communicué.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.898

CO17-004–FR

#### Les muscles intrinsèques des doigts longs dans la main spastique de l'adulte

G. Saintyves

RPC, Garches, 104, boulevard Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France

Les séquelles de lésions neurologiques centrales peuvent induire des déformations des membres par la spasticité musculaire puis les rétractions tendineuses. Au niveau de la musculature intrinsèque de la main, les principaux muscle pro-

voquant des déformations des doigts longs sont les interosseux, l'adducteur du V et dans une moindre mesure les lombricaux.

Entre novembre 2001 et janvier 2008, 62 patients ont bénéficiés d'une prise en charge chirurgicale de déformation des doigts longs d'origine intrinsèque dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital Raymond Poincaré de Garches. L'indication, le geste chirurgical et surtout l'objectif du traitement étaient fixés lors de consultations multidisciplinaires, après un examen clinique minutieux intégrant la réalisation de blocs anesthésiques neuromusculaires sélectifs. L'objectif du traitement était objectivé par un contrat passé avec le patient et sa famille, il pouvait être esthétique, hygiénique, antalgique et/ou fonctionnel. Cinquante-deux patients ont bénéficié de ténotomies proximales des interosseux, 29 de ténotomies distales percutanées des bandelettes latérales, 18 d'une ténotomie proximale de l'adducteur du V, six de désinsertion proximale puis mobilisation musculaire en bloc des interosseux et quatre d'une neurotomie des 4/5° du rameau profond (moteur) du nerf ulnaire.

Cinquante-quatre patients ont présenté un bon résultat avec réalisation de l'objectif. Pour huit patients, l'objectif n'a pas été atteint d'emblée : cinq ont présenté une récurrence des déformations, un patient a présenté un algodystrophie et deux patients une déformation en col de cygne après ténotomie des bandelettes. Six d'entre eux ont présenté un bon résultat après reprise chirurgicale. Aucune complication infectieuse n'est à déplorer.

La chirurgie correctrice des déformations intrinsèques des doigts longs est simple, donne de bons résultats et provoque peu de complication. Elle nécessite préopératoire très rigoureux pour définir clairement quels sont les objectifs et le contrat que l'on peut passer avec la famille. Elle nécessite également une rééducation postopératoire rigoureuse adaptée au geste spécifique des intrinsèques.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.899

CO17-005–FR

### Chirurgie de la main spastique à visée non fonctionnelle : résultats et limites

S. Barthes<sup>a,\*</sup>, B. Coulet<sup>a</sup>, F. Coroian<sup>b</sup>, E. Galano<sup>c</sup>, M. Chammas<sup>d</sup>, C. Hérisson<sup>b</sup>, I. Laffont<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de chirurgie orthopédique, département de chirurgie orthopédique, CHRU Montpellier/Movement to Health, Euromov, université Montpellier 1, 371, boulevard du Doyen Gaston-Giraud, 34295 Montpellier, France

<sup>b</sup> Fédération de MPR Montpellier/Nîmes, CHRU Montpellier/Movement to Health, Euromov, université Montpellier 1, Montpellier, France

<sup>c</sup> Fédération de MPR Montpellier/Nîmes, CHRU Montpellier, France

<sup>d</sup> Département de chirurgie orthopédique, CHRU Montpellier, France

\* Auteur correspondant.

**Mots clés :** Membre supérieur ; Hémiplégié ; Chirurgie neuro-orthopédique ; Spasticité ; Ténotomies

**Introduction.**— Chez l'adulte cérébro-lésé, les gestes non fonctionnels constituent une part importante de la chirurgie du membre supérieur. Notre étude a pour objectifs d'évaluer :

– le respect du contrat de soin hygiénique et esthétique ;

– le dépassement de ce contrat par l'émergence d'une fonction.

**Matériel et méthodes.**— Vingt-huit patients (19 hommes, âge moyen 47,7 ans), opérés à visée palliative, ont été revus avec un recul moyen de 49 mois.

La procédure chirurgicale consistait en un geste sur la musculature extrinsèque de la main et du poignet chez tous les patients (28 transferts des fléchisseurs superficiels des doigts sur les profonds, 11 arthrodeses raccourcissantes du poignet, neuf ténodèses dorsales du poignet), associé, chez 12 patients, à un geste sur les muscles intrinsèques : six ténotomies et six neurectomies sélectives de la branche motrice du nerf ulnaire.

**Résultats.**— Sur le plan analytique, on obtenait la correction du capotage du poignet : flessum de 91° en préopératoire, contre 2° en postopératoire. L'ouverture de la main a été obtenue, avec un angle palmodigital passant de 3° à 130°. Les phénomènes de macération, la difficulté aux soins d'hygiène et à l'habillage ont diminué, avec un score de *Disability Assessment Scale* (DAS) passant de 10,1 à 0,8.

Il existait une récupération de fonction chez un patient sur trois, avec un score de HOUSE (de 0 à 8) passant de 1 à 3,5, mais uniquement en l'absence de geste intrinsèque.

Parmi les patients ayant subi une chirurgie isolée sur les extrinsèques, neuf ont développé une déformation du pouce dans la paume et/ou des déformations en cols de cygnes au niveau des doigts longs.

**Discussion.**— Cette chirurgie permet d'obtenir de façon constante une amélioration hygiénique. Dans notre expérience, elle transforme dans 32 % des cas une main non fonctionnelle en main d'appoint. Le taux élevé de déformations intrinsèques, démasquées par la détente isolée des muscles extrinsèques, nous incite à développer des stratégies de dépistage préopératoire par blocs moteurs.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.900

CO17-006–FR

### Baclofène intrathécale et dystonie post SDRC

D. Menegalli

Service de Neurochirurgie, hôpital Nord, CHU de Nantes, France

Résumé non-communicué.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.901

CO17-007–FR

### Baclofène intrathécal dans la paralysie cérébrale. Étude rétrospective de 25 patients adultes non marchants

S. Tasseel-Ponche

CHU d'Amiens sud, avenue René-Laennec, Amiens, France

**Mots clés :** Baclofène intrathécal ; Spasticité ; Paralysie cérébrale ; Confort ; Fauteuil roulant ; Adulte

**Objectifs.**— Étudier l'efficacité et la tolérance du Baclofène intrathécal (BIT) au long cours chez les patients adultes paralysés cérébraux non marchants.

**Méthode.**— Analyse rétrospective des dossiers et examen clinique de 25 patients paralysés cérébraux adultes non marchants implantés d'une pompe à Baclofène intrathécal (BIT) et suivis à Angers, Le Mans ou Nantes entre 1999 et 2009.

**Résultats.**— Le BIT est efficace sur la spasticité et améliore par ce biais la station assise et le nursing. Il existe un effet du BIT sur les mouvements anormaux et les douleurs. Quatre-vingt pourcent des patients porteurs de pompe à BIT sont satisfaits et l'insatisfaction provient du fait de complications ou d'effets secondaires et non pas du manque d'efficacité. Les complications surviennent chez 32 % des patients nécessitant l'arrêt ou l'ablation de la pompe dans 16 % des cas.

**Discussion conclusion.**— Le développement du BIT dans cette indication est probable, et justifie une meilleure compréhension des effets pharmacologiques sur les mouvements anormaux et la douleur. L'utilisation du *Goal Assessment Scale* (GAS) ou d'échelles de quantification de soins peuvent permettre de faciliter l'évaluation de l'efficacité du BIT et son suivi personnalisé au long cours.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.902

CO17-008–FR

### Paralysés cérébraux adultes et injection de corticoïde intra-articulaire dans la prise en charge des luxations de hanche

C. Anquetil<sup>a,\*</sup>, E. Galano<sup>a</sup>, A.-L. Cif<sup>b</sup>, J. Cottalorda<sup>c</sup>, B. Coulet<sup>d</sup>, Y. Thouvenin<sup>e</sup>, C. Hérisson<sup>a</sup>, I. Laffont<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CHU Lapeyronie, MPR, Montpellier, 371, avenue du Doyen Giraud, 34090 Montpellier, France

<sup>b</sup> CHU Gui de Chauliac, neurochirurgie, Montpellier, France

<sup>c</sup> CHU Lapeyronie, chirurgie infantile orthopédique, Montpellier, France

<sup>d</sup> CHU Lapeyronie, chirurgie orthopédique, Montpellier, France

<sup>e</sup> CHU Lapeyronie, radiologie, Montpellier, France

\* Auteur correspondant.

**Mots clés :** Paralysie cérébrale ; Luxation de hanche ; Infiltration intra-articulaire ; Corticoïdes

**Introduction.**— Les luxations de hanche sont fréquentes chez les paralysés cérébraux [1], nécessitant une prévention par injection de toxine botulique, [2] dès