

CO26-003-f

### Validation d'un arbre décisionnel sur la prise en charge de la griffe d'orteil neurologique incluant la pratique des blocs nerveux : une enquête nationale

O. Ucaï<sup>a,\*</sup>, M. Labrunee, P. Marqué

Service de MPR, CHU de Toulouse, 1 avenue J.-Poulhès, 31059 Toulouse, France

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : olivier.ucai@gmail.com.

Mots clés : Griffes des orteils ; Accident vasculaire cérébral

**Objectifs.**– La griffe d'orteil est une affection fréquente et invalidante chez les patients hémiparétiques. Malheureusement en France, il n'existe ni recommandations ni consensus sur son traitement. L'objectif de ce travail est de proposer aux rééducateurs une grille de décision consensuelle afin de faciliter la décision dans la prise en charge des griffes d'orteil.

**Méthode.**– Dans un premier temps, nous avons construit un schéma décisionnel sur l'attitude vis-à-vis d'une griffe des orteils en synthétisant les données de la littérature et l'expérience du service de MPR de Toulouse. Ensuite, nous avons fait évaluer cet arbre décisionnel par des médecins nationaux experts dans ce domaine, afin de proposer une grille décisionnelle consensuelle.

L'évaluation concernait, tout d'abord, la qualité globale de l'arbre décisionnel et la réalisation d'un bloc nerveux à la xylocaïne avant la réalisation d'une injection de toxine botulique. Puis, dans le cadre d'une participation des muscles intrinsèques à la griffe, objectivée par un bloc du nerf tibial postérieur à la cheville positif, était analysé le choix des muscles à toxiner : court fléchisseur des orteils ou carré plantaire. Enfin, la prescription d'un traitement orthopédique par semelles avec appui rétrocapital était évoquée.

**Résultats.**– Ce sondage a suscité un réel intérêt de la part des experts contactés avec un taux de réponse de 100 % dans des délais très courts. Globalement, cette grille décisionnelle est partagée par la plupart des experts choisis qui évaluent son utilité à 6/10. Ils proposent majoritairement un traitement par semelles avec appui rétrocapital et n'effectuent pas souvent de bloc nerveux avant de toxiner. De plus, en cas de participation des muscles intrinsèques à la griffe, ils ont plus l'habitude de toxiner le muscle court fléchisseur des orteils.

**Discussion.**– La réalisation de cette enquête a permis soulever la problématique médico-légale des blocs considérés par l'ASFAR comme des actes d'anesthésie, alors que de nombreux MPR le font dans leur service. Enfin, d'un point de vue méthodologique, il serait intéressant de renouveler cette démarche pour faciliter la prise en charge des principales déficiences des patients hémiparétiques comme le stiff-knee ou le varus équin.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.834>

CO26-004-f

### Efficacité de la neurotomie comme traitement du pied varus équin spastique chez l'adulte hémiparétique selon les 3 domaines de la CIF. Étude randomisée, contrôlée en simple aveugle

B. Bollens<sup>a,\*</sup>, C. Detrembleur<sup>b</sup>, T. Lejeune<sup>a</sup>, T. Gustin<sup>c</sup>, G. Stoquart<sup>a</sup>, T. Deltombe<sup>c</sup><sup>a</sup> Cliniques universitaires Saint-Luc, avenue Hippocrate, 10, 1200 Bruxelles, Belgique<sup>b</sup> Institute of Neuroscience, université Catholique de Louvain, Belgique<sup>c</sup> Cliniques universitaires de Mont-Godinne, Belgique

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : benjamin.bollens@uclouvain.be.

**Objectif.**– Démontrer l'efficacité de la neurotomie sélective comme traitement du pied varus équin spastique (PVES) chez l'adulte hémiparétique.

**Matériel et méthodes.**– Seize patients hémiparétiques chroniques ont été randomisés en deux groupes : huit patients ont bénéficié d'une neurotomie des branches collatérales du nerf tibial, les huit autres ont reçu une injection de toxine botulique dans les muscles du mollet. Les structures et fonctions corporelles (MAS, Tardieu, L-path, MRC, dorsiflexion passive, analyse instrumentée de la marche), les activités (ABILOCO), la participation

(SATIS-Stroke) et la qualité de vie (SF-36) ont été évaluées en aveugle avant, 2 mois et 6 mois après traitement.

**Résultats.**– Comparativement à la toxine botulique, la neurotomie a induit une plus grande réduction de spasticité et une diminution plus marquée de la raideur viscoélastique de la cheville. Les deux traitements ont apporté une amélioration comparable de la cinématique de cheville au cours de la marche, tandis qu'aucun d'entre eux n'a entraîné une faiblesse musculaire significative. Les activités, la participation et la qualité de vie n'ont été modifiées dans aucun des deux groupes.

**Discussion.**– Le PVES est une cause majeure d'incapacité chez les patients hémiparétiques, perturbant leurs activités quotidiennes, leur intégration sociale et leur qualité de vie. Quand la cause principale de cette déformation est une hyperactivité musculaire, différents traitements focaux de la spasticité, incluant la neurotomie, peuvent être proposés. Ce traitement neurochirurgical consiste en une section partielle et sélective des branches motrices innervant les muscles spastiques. Pour un faible coût, il peut réduire l'hyperactivité musculaire de manière permanente. Cependant, son efficacité n'avait été démontrée qu'au travers de séries de cas non-contrôlées, se focalisant principalement sur les structures et fonctions corporelles [1].

La présente étude démontre avec un haut niveau de preuve que la neurotomie est un traitement efficace du PVES, qui permet de réduire les déficiences des patients hémiparétiques. De nouvelles études devraient être conduites en vue de confirmer l'efficacité à long terme de ce traitement selon les trois domaines de la CIF.

Référence

[1] Bollens, et al. Effects of selective tibial nerve neurotomy as a treatment for adults presenting with spastic equinovarus foot: a systematic review. *J Rehabil Med* 2011.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.835>

CO26-005-f

### Étude sur l'intérêt de l'application d'une crème anesthésique avant injections intramusculaires de toxine botulique chez l'enfant et l'adolescent paralysé cérébral

F. Metté<sup>a,\*</sup>, S. Burlot<sup>b</sup>, B. Parratte<sup>c</sup><sup>a</sup> Hôpital de Mayotte, BP 04, 97600 Mamoudzou, Mayotte<sup>b</sup> Hôpital d'Enfants, Mayotte<sup>c</sup> CHU Besançon, Besançon, France

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rancois@mette.re.

Mots clés : Crème anesthésique ; Douleur ; Toxine botulique

**Objectif.**– Étudier l'intérêt de l'utilisation d'une crème anesthésique en prévention de la douleur lors des injections de toxine botulique chez l'enfant et l'adolescent.

**Méthode.**– L'évaluation est réalisée dans deux populations d'enfants et d'adolescents paralysés cérébraux. Une population reçoit l'application de crème anesthésique avant les injections, l'autre population est injectée sans crème anesthésique. La douleur est évaluée par un score EVA ou une échelle CHEOPS selon les capacités du patient. La « réactivité » est appréciée en « importante, moyenne, faible, nulle ».

En 2011 nous avons présenté une étude préliminaire mais les séries, trop petites ne permettaient pas une étude statistique.

**Résultats.**– Nous avons à présent 193 dossiers. Les formes cliniques sont variables (classification GMFCS). Quarante-vingt-dix-sept patients ont pu évaluer leur douleur sur une EVA, les 96 autres patients, sont évalués par l'échelle CHEOPS. Quarante-vingt-seize ont eu de la crème anesthésique, 97 ont été injectés sans. Les 2 populations sont homogènes. La moyenne des EVA est de 2,9 avec la crème 2 sans. La moyenne des CHEOPS est de 7 avec la crème, 7,2 sans.

Nous analysons également les résultats en fonction de l'âge, du nombre de muscles, des membres concernés ou l'administration d'un traitement adjuvant.

**Discussion.**– D'autres facteurs comme le délai d'attente avant l'injection interviennent probablement dans l'anxiété du patient.

Le passage de la peau nous semble également moins douloureuse depuis que nous utilisons la stimulation électrique, les aiguilles étant plus fines.