

adapté aux possibilités fonctionnelles des patients. La cystostomie continente a une place bien précise dans l'algorithme de prise en charge des neurovésés. Les patients candidats sont ceux dont la fonction des membres supérieurs rend difficile l'accès au méat (tétraplégiques) ou présentant une atteinte urétrale rendant impossible l'autosondage par voie périnéale. Chez les patients tétraplégiques, l'autosondage via une cystostomie continente est possible dès le niveau C5 si une chirurgie de réanimation du membre supérieur est associée. Le but de cette chirurgie est d'obtenir un orifice abdominal catheterisable et continente, avec un conduit reconstruit soit avec l'appendice (Mitroffanoff) soit avec de l'ileon détubularisé (Monti). Cette technique doit être associée à une inactivation du detrusor par injection de toxine botulique intra-detrusorienne ou cystoplastie d'agrandissement.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.885>

TR02-002-f

### La cystostomie continente

P. Grise<sup>a,\*</sup>, E. Chartier-Kastler<sup>b,\*</sup>, L. Le Normand<sup>c,\*</sup>

<sup>a</sup> CHU de Rouen, Rouen, France

<sup>b</sup> CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France

<sup>c</sup> CHU de Nantes, France

\*Auteurs correspondants.

**Mots clés :** Blessés médullaires ; Cystostomie ; Vessie neurologique  
À partir de situations cliniques, les intervenants décrivent brièvement différentes techniques de cystostomie (Mitroffanoff, Monti, Indiana, association à une ileo-cystoplastie) et présentent les suites de ces interventions en discutant le rapport avantages/contraintes ainsi que les complications éventuelles.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.886>

## Communications affichées

P164-f

### Paraparésie révélant une ochronose : à propos d'un cas

N. Guennoun<sup>a,\*</sup>, A. Sehim<sup>b</sup>, O. Bensabeur<sup>b</sup>,  
M. Bedjaoui<sup>b</sup>, E. Galanth<sup>b</sup>

<sup>a</sup> CHU Hassani Aek Sidi Bel Abbes Algérie, centre hospitalier Maurice

Selbonne Guadeloupe, Sidi Bel Abbes, Algérie

<sup>b</sup> CHU Hassani Aek Sidi Bel Abbes, Algérie

\*Auteur correspondant.

**Introduction.**— L'ochronose est une affection métabolique rare de transmission autosomale récessive, due à un déficit total ou partiel en acide homogentisique (AHG) oxydase. Nous rapportons l'observation d'un cas d'ochronose révélé par une paraparésie.

**Observation.**— M. S.A., âgé de 51 ans, aux antécédents de lombalgie chronique, prostatite, lithiases rénales et vésicales, est hospitalisé pour une paraparésie évoluant depuis 1 ans. L'examen clinique retrouve une raideur : rachidienne lombaire, de l'épaule droite, des hanches et des genoux ; une coloration bleuâtre des pavillons des oreilles, des paumes des mains. VS : 15, CRP(-), NFS normale. La radiographie montre des calcifications discales dorso-lombaires, une condensation aux sacro-iliaques, de la symphyse pubienne, et une arthrose aux hanches. Ce diagnostic est retenu devant : les signes cutanés, les signes d'imagerie, le brunissement des urines à l'air libre et Le dosage d'AHG. Le traitement est symptomatique, associé à une rééducation.

**Conclusion.**— L'ochronose est à l'origine d'arthropathie dégénérative et de compression médullaire lente pouvant mettre en jeu le pronostic fonctionnel et vital ; le diagnostic précoce est de grand intérêt. Le traitement reste symptomatique.

*Pour en savoir plus* Fendria L, et al., Lombalgie révélant une ochronose : à propos de 2 cas. Rev Rhum 2007; 74: 1039–1208.

Ladjouze A, et al., Alcaptonurie, ochronose. Rev Rhum 2011; 78: 231–238.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.887>

P166-f

### Myélite progressive sans contexte infectieux : penser à la Bilharziose. À propos de 2 cas

E. Cugy<sup>a,\*</sup>, M.C. Gellee<sup>b</sup>, M. Ravel<sup>a</sup>, J.M.D. Malvy<sup>c</sup>,

P.A. Joseph<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de médecine physique et réadaptation, CHU de Bordeaux, Bordeaux cedex, France

<sup>b</sup> Service de médecine physique et réadaptation, CHU de Toulouse, France

<sup>c</sup> Service des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Bordeaux, France

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Myélite ; Neuro-bilharziose

**Introduction.**— Le diagnostic étiologique d'une myélite est une urgence afin de proposer le traitement adapté, et limiter les complications neurologiques.

[1] Nous rapportons le cas de deux patients présentant un tableau de myélite subaiguë non compressive.

**Observation(s).**— Au cours d'un séjour en Afrique (Côte d'Ivoire, Ghana), les deux patients ont développé en 3 semaines des signes neurologiques : paresthésies dans les territoires S1-S2, hypoesthésie du siège, dysurie puis amyotrophie des fessiers et triceps. On retrouve une hyperéosinophilie modérée (< 1000 mm<sup>3</sup>), une méningite lymphocytaire et un hypersignal intramédullaire du cône terminal à l'IRM. Les sérologies bilharzioses et le Western Blot sont positifs.

**Discussion.**— L'atteinte médullaire est la manifestation neurologique la plus fréquente de *S. mansoni* ou *S. haematobium*. Huit cent cas d'atteinte médullaire bilharzienne sont décrits depuis 1930, principalement dans les pays d'endémie [2], certaines de mécanisme inflammatoire autour des œufs, d'autres ischémiques par migration aberrante des larves. L'intensité et la durée de l'infection déterminent la quantité de la réponse inflammatoire et le degré de sévérité de la maladie chronique fibro-obstructive.

**Références**

[1] Gomes C, et al. Schistosomal myelopathy: urologic manifestations and urodynamic findings. Urology 2002;59:195–200.

[2] Teresa Cristina, Ferrari A, Paulo Roberto RM. Neuroschistosomiasis: clinical symptoms and pathogenesis. Lancet Neurol 2011;10:853–64.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.888>

P167-f

### Neuro-ostéo-arthropathie de Charcot L5-S1 consécutive à une hyperostose ankylosante vertébrale : cas clinique

D. Riquier<sup>\*</sup>, A. Basch, S. Jacquin-Courtois, G. Rode

Inserm UMR-S 1028, CNRS UMR 5292, service de médecine physique et réadaptation, hôpital Henry-Gabrielle, hospices civils de Lyon, ImpAct, centre des neurosciences de Lyon, université Lyon-1, Saint-Genis-Laval, France

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Neuro-ostéo-arthropathie de Charcot ; Maladie de Forestier ; Hyperostose vertébrale ankylosante ; Dysautonomie ; Hyperréflexivité autonome

**Introduction.**— La neuro-ostéo-arthropathie de Charcot (NOAC) est une arthropathie neurogène vertébrale caractérisée par une dégénérescence disco-vertébrale associée à une construction osseuse massive. Elle implique la perte de sensibilité profonde et thermo-algique, ainsi que des microtraumatismes répétés au niveau de l'articulation [1].

**Observation.**— Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 62 ans atteint d'une tétraplégie sensitivo-motrice complète de niveau C6 consécutive à un traumatisme cervical en 1980. L'évolution s'est caractérisée par l'apparition progressive d'une raideur rachidienne en extension révélatrice d'une hyperostose ankylosante vertébrale associée. À près de 30 ans d'évolution de sa tétraplégie, le patient a présenté une hyperréflexivité autonome révélatrice d'une arthropathie de Charcot L5-S1 pseudotumorale avec ostéophytose exubérante antérieure comprimant