

coude) et distale (main) du membre supérieur étaient évaluées par le Fugl-Meyer (FM), la préhension par le score de House (SH).

Résultats À la révision toutes les arthrodèses étaient consolidées, la position moyenne de fusion était de 15° de flexion pour les BH et 30° d'extension pour les PD. Le matériel d'ostéosynthèse a du être retiré après 11 BH et aucune ostéosynthèse par plaque. Une souffrance cutanée régressive après soins locaux a été observée dans 4 cas de PD. Le FM moyen est passé en distal de 1,3 à 8/24 pts et en proximal de 15,2 à 25,1/45 pts. Concernant l'évaluation globale des capacités de préhension, la valeur moyenne du SH est passée de 1,3 à 3,4 à la révision. Seuls 3 patients avaient une préhension rudimentaire préopératoire contre 8 à la révision.

Discussion Notre étude montre que la stabilisation du poignet par une arthrodèse dans les formes sévères de paralysie centrale permet d'atteindre les objectifs classiques, hygiéniques, esthétiques et d'amélioration des soins, mais surtout d'améliorer la fonction du membre supérieur. Nous avons pu identifier 4 populations : Les cas d'ARP isolée, avec une possibilité initiale de préhension, ces patients sont améliorés par la stabilisation du poignet et la détente des fléchisseurs liée à la résection de la première rangée. Les patients intermédiaires n'ayant pas de préhension, mais une ébauche de fonction des fléchisseurs des doigts et du pouce, sous utilisée du fait de la flexion du poignet sont améliorés pour les mêmes raisons par l'ARP. En plus, les fléchisseurs peuvent en plus être allongés le plus souvent à la jonction tendino-musculaire. Les fléchisseurs du poignet transférés sur les EDC et EPL, améliorent l'ouverture doigts. Des prises bimanuelles, et dans certains cas, pollici-digitaux rudimentaires deviennent possibles. Dans le groupe des patients n'ayant aucune possibilité de préhension, même bimanuelle, l'ARP associée à un transfert des FDS sur FDP, n'a d'intérêt que pour corriger des déformations sévères et fixées inaccessibles à un geste sur les parties molles. Notre étude montre que la correction d'une attitude vicieuse distale par une arthrodèse du poignet améliore la fonction proximale du membre supérieur (coude et épaule). L'arthrodèse du poignet en cas de paralysie centrale, conserve pour nous 2 indications : les formes non fonctionnelles avec déformations fixées non accessibles à un geste des parties molles et lorsque aucun transfert d'extension du poignet n'est possible alors qu'une commande des fléchisseurs des doigts ou du pouce persiste.

Mots clés Hémiplégie ; Arthrodèse ; Poignet

Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.main.2014.10.080>

CP077

Étude épidémiologique des mouvements volontaires du membre fantôme dans les suites d'une amputation majeure de membre supérieur

Amélie Touillet^{1,*}, Jozina De Graaf², Caroline Nicol², Nathanaël Jarrasse³, Laetitia Peultier⁴, Anne Foisneau Lottin¹, Isabelle Loiret¹, Jean Paysant¹

¹ Institut régional de médecine physique et réadaptation, Nancy, France

² ISIR Sorbonne universités, UPMC université Paris 06, Paris, France

³ Institut des sciences du mouvements, CNRS et université Aix-Marseille, Marseille, France

⁴ Développement, adaptation et handicap, université de Lorraine, Nancy, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : amelie.touillet@ugcamne.fr (A. Touillet)

Quatre-vingt à 98 % des personnes amputées rapportent l'existence d'un membre fantôme. Le membre fantôme a surtout été décrit au travers des sensations douloureuses ou non qui lui sont associées, alors que les mouvements volontaires du membre fantôme rapportés par certains patients ont été peu étudiés. Dans la littérature, ces mouvements sont souvent assimilés à des mouvements imaginés. Ils diffèrent pourtant de ces derniers par les mécanismes neurophysiologiques impliqués : lors des mouvements du membre fantôme, une activité électrique est enregistrée au niveau de muscles du membre résiduel et les zones corticales impliquées sont différentes. L'objectif de cette étude est de décrire l'épidémiologie des mouvements volontaires de membre fantôme dans une population de patients amputés de membre supérieur. Un entretien semi-dirigé sur les sensations douloureuses ou non du membre fantôme et sur

l'existence de mouvements volontaires du membre fantôme a été réalisé chez des patients suivis dans le service d'appareillage dans les suites d'une amputation majeure de membre supérieur. Il a été demandé aux patients de décrire leurs sensations actuelles mais également leurs sensations antérieures. Vingt-quatre personnes ont été interrogées dans les suites d'amputations acquises à des niveaux entre la désarticulation radio-carpienne et la désarticulation scapulo-thoracique dont 3 patients quadriamputés et 1 patient biamputé de membre supérieur. Les délais post-opératoires sont compris entre 1 mois et 48 ans. Vingt et un patients décrivent des sensations non douloureuses de membre fantôme, 9 patients un membre fantôme douloureux. Vingt et un des 24 patients peuvent réaliser des mouvements volontaires du membre fantôme. Huit types différents de mouvements de la main, du poignet et du coude sont retrouvés. L'existence de mouvements volontaires du membre fantôme est rapportée de façon précoce (quelques semaines) en post-opératoire par certains patients : 5/7 patients interrogés à moins de 6 mois de leur amputation. Contrairement à ce qui est rapporté dans des études antérieures, des mouvements de membre fantôme restent réalisables par certains patients à distance de l'amputation : 4/5 patients décrivent la persistance de ces mouvements à plus de 10 ans de leur amputation (jusqu'à 48 ans post-amputation). Cependant 3/21 patients décrivent la disparition de ces mouvements volontaires. Pour les patients capables de réaliser des mouvements ; ils concernent, le plus souvent, les parties les plus distales du membre fantôme : tous les patients réalisent des mouvements au niveau de la main fantôme. Les mouvements volontaires du coude fantôme ne sont réalisables que par des personnes capables de mouvements du poignet et de la main : seulement 5 patients parmi les 16 patients amputés au dessus du coude ayant des mouvements volontaires. Au moment de l'entretien, 6/18 patients signalent une fatigue lors de la réalisation de ces mouvements et comme dans la littérature, ces mouvements sont de faible amplitude. Deux patients décrivent l'apparition de douleurs de membre fantôme lors de la réalisation de ces mouvements alors que 2 patients rapportent utiliser ces mouvements pour soulager leurs douleurs. L'existence de mouvements volontaires du membre fantôme semble donc plus fréquente et plus durable en post-opératoire que ce qui a été décrit précédemment dans la littérature. L'évolution spontanée de la capacité à mobiliser volontairement le membre fantôme et les possibilités d'entraînement sont à évaluer. Des études neurophysiologiques complémentaires sont nécessaires pour une meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques impliqués : réorganisation neuromusculaire périphérique, plasticité corticale... L'utilisation de ces mouvements volontaires de membre fantôme pourrait permettre une commande plus intuitive des prothèses myoélectriques. Leur utilisation dans la prise en charge des douleurs de membre fantôme reste à apprécier.

Mots clés Amputation membre supérieur ; Membre fantôme ; Mouvement volontaire

Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.main.2014.10.081>

CP078

Réinsertion par endobouton d'une rupture distale du biceps brachial chez le rugbyman professionnel. À propos de trois cas

Yacine Carlier*, Pierre Abadie

Chirurgie orthopédique, clinique du sport Mérignac, Mérignac, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : yacinecarlier@gmail.com (Y. Carlier)

But de l'étude Évaluer le résultat de la réparation d'une rupture distale du tendon du biceps brachial chez le rugbyman professionnel par voie mini open avec fixation par endobouton.

Matériel et méthode Nous avons suivi 3 rugbyman professionnels (2 piliers et un 3^e ligne du top 14) âgés de 32, 30 et 23 ans, droitiers, présentant une rupture distale du tendon bicipital droit. La réinsertion a été effectuée respectivement à j2, j3 et j9 du traumatisme. La réinsertion s'est faite en chirurgie ambulatoire sous anesthésie locorégionale par voie mini open avec une fixation par un endobouton suivie du port d'une attelle pendant 30 jours. La rééducation a été débutée à j21. Nous avons effectué une évaluation clinique (mesure de la récupération des mobilités et de la force, évaluation des douleurs résiduelles, reprise des

