

scapulo-huméral (20%). Seulement 4% étaient atteints de DMD.

L'ACP a identifié 2 axes indépendants, l'un porté par la MFM, le testing des membres supérieurs, le testing des membres inférieurs et les scores de Brooke et de Vignos, l'autre par les testing de la face et du tronc. La formation du second axe était essentiellement due à des patients DMS dont l'atteinte faciale et axiale était particulièrement sévère comparée à celle des membres. La MFM était significativement corrélée aux autres scores, en dehors des testing de la face et du tronc dans le groupe DMS.

Discussion : Nos résultats confirment la validité de critère de la MFM chez le myopathes adulte non sélectionné. Néanmoins dans la DMS, elle ne rend pas suffisamment compte de l'atteinte musculaire faciale ou axiale par rapport à la prépondérance.

Dans le cadre d'un essai thérapeutique portant sur la DMS, la MFM doit par conséquent être complétée par un testing de la face et du tronc.

Bibliographie

- [1] Bérard C, Payan C, Hodgkinson I, Fermanian J. A motor function measure scale for neuromuscular diseases. Construction and validation study. *Neuromuscul Disord* 2005;15:463-70.

131 Évaluation des répercussions langagières et psychologiques après anastomose hypoglossofaciale (AHF)

P. Gatignol¹, F. Tankéré², C. Lobryau², J.C. Willer³, G. Lamas²

¹Orthophoniste, doctorante, Ecole doctorale 3C (Université Pierre et Marie Curie Paris VI) et Laboratoire de la Cognition et du Comportement FRE 2987 (Paris V/CNRS); ²Service d'ORL et de chirurgie de la face et du cou; ³Fédération de Neurophysiologie Clinique et U731 Inserm Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière

E-mail : peggy.gatignol@psl.ap-hop-paris.fr

Mots clés : paralysie faciale, anastomose, rééducation, handicap

Introduction : Les séquelles sur les plans physique et émotionnel sont très importantes dans la paralysie faciale périphérique et constituent un handicap majeur. Les répercussions fonctionnelles, esthétiques et psychologiques qu'elle engendre sont très invalidantes pour le patient, imposant dans certains cas une technique chirurgicale de réhabilitation de la face paralysée. Le sacrifice de la fonction primitive du nerf hypoglosse et l'atrophie de l'hémi langue dans l'AHF sont tenus pour être responsables de troubles de l'articulation, de la mastication et de déglutition.

Objectifs : Après avoir montré qu'il n'existait pas de trouble articulaires dans les AHF, nous proposons d'évaluer avec précision les processus de récupération fonctionnelle (par l'analyse de la parole) de patients ayant bénéficié d'une rééducation linguale spécifique et précoce (J + 1 post chirurgie) versus patients n'ayant jamais bénéficié d'une rééducation similaire afin d'envisager la pertinence d'une prise en charge rééducative précoce.

Matériel et méthodes : Deux groupes de patients ont été soumis à une batterie de tests étudiant les possibilités praxiques, l'articulation ainsi que le retentissement sur la qualité de vie et les activités quotidiennes.

Résultats : Cette étude met en évidence l'intérêt d'une prise en charge précoce de la langue. Cette rééducation précoce permet la diminution de l'atrophie linguale, l'amélioration de la motilité de la langue engendrant ainsi une meilleure gestion de la salive et des aliments stagnant dans le vestibule jugal côté paralysé, comme en témoigne l'amélioration de la vitesse de lecture.

Conclusion : La prise en charge d'une rééducation bien conduite chez des patients ayant bénéficié d'une AHF doit être la plus précoce possible. La rééducation est avant tout une rééducation fonctionnelle visant « à restaurer, reconstruire ou compenser des capacités de communication », sa finalité étant, la réinsertion sociale.

Bibliographie

- [1] Gatignol P, Lamas G. (2004). Paralysies faciales, Solal, Marseille : 121-126.

- [2] Ryzenman JM, Pensak ML, Tew JM. (2005) Facial paralysis and surgical rehabilitation: a quality of life analysis in a cohort of 1,595 patients after acoustic neuroma surgery. *Otology & Neurotology*, 26: 516-521.

132 Nouveau dispositif utilisé pour la rééducation de patients atteints de sclérose en plaques

B.D. Maertens de Noordhout, F. Houlmont, Y. Léonard, S. Adam

Centre Neurologique et de Réadaptation Fonctionnelle de Fraiture, B4557 Fraiture en Condroz BELGIUM

Mots clés : sclérose en plaques, rééducation motrice, vitesse de marche

Objectif : Etude visant à évaluer l'intérêt d'une rééducation sur l'appareil Huber® (ayant pour vocation de rééduquer et d'entraîner la posture, l'équilibre et la fonction musculaire en sollicitant l'ensemble de l'appareil locomoteur) dans le cadre d'une sclérose en plaques.

Matériel et méthodes : L'étude comparative, randomisée, contrôlée, en cross-over, comprend 20 patients (2 groupes) présentant une SEP en situation relativement stable, avec un déficit moteur faible ou modéré (EDSS < 7). Les patients ont été soumis à une base de tests d'évaluation, notamment un examen clinique avec bilan neurologique, un test de stabilométrie, un test de marche sur 10 m, différentes échelles d'évaluation (EDSS, FIM) ainsi que l'analyse des performances sur HUBER®. Le programme consiste en 10 séances d'entraînement (1 séance/semaine).

Résultats : Une amélioration significative de la vitesse de marche a été constatée après l'entraînement sur HUBER® (p = 0.04). Sur le plan clinique, une nette corrélation négative avec les troubles sensoriels a été remarquée: plus les troubles sensoriels sont importants, plus le bénéfice de l'entraînement sur Huber sur le temps de marche est important.

Conclusion : Outre un travail global de renforcement musculaire, l'entraînement avec le système HUBER® permet de travailler la proprioception et l'équilibre d'une manière très spécifique. Une stimulation intense et particulière des fonctions psychomotrices a été aussi remarquée. Pour les patients atteints de sclérose en plaques, une amélioration de la vitesse de marche est remarquée après 10 séances d'entraînement sur HUBER®.

133 Qualité de vie subjective des patients atteints de sclérose en plaques (SEP)

L. Mailhan^{1,2}, H. Siney¹, I. Monteil¹

¹Hôpital Bellan, Paris; ²Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

E-mail : laurence.mailhan@free.fr

Mots-clés : qualité de vie, sclérose en plaques

Introduction : La qualité de vie liée à la santé des patients atteints de SEP a fait l'objet de nombreuses publications, contrairement à la qualité de vie globale subjective.

Objectif : Evaluer la qualité de vie subjective des patients SEP et rechercher des différences selon les formes évolutives de la maladie.

Méthodes : 82 patients SEP admis consécutivement en service spécialisé ont évalué leur satisfaction à l'aide du Profil de Qualité de Vie Subjective (PQVS). Parallèlement étaient évalués l'autonomie (MIF), le handicap (EDSS), l'état anxio-dépressif (HAD), la fatigue (FSS) des patients.

Résultats : La qualité de vie subjective moyenne des patients SEP était négative (-0,12). La plupart des items de la PQVS obtenaient des scores négatifs. Seuls quelques items de la PQVS différaient significativement avec la forme de la maladie, les scores les plus bas (insatisfaction) étant le plus souvent rapportés par les patients atteints de SEP rémittente avec séquelles, qui étaient les plus autonomes (MIF plus élevées, EDSS plus bas).

Discussion-conclusion : La relation entre dépendance/handicap et qualité de vie subjective n'est pas linéaire. Cela confirme la nécessité de prendre en compte le ressenti du patient et de mieux appréhender les mécanismes de coping mis en place tout au long de l'évolution de la maladie.