

que le rôle et l'impact de la douleur chez des militaires blessés de guerre.

Patients et méthode.— L'objectif est de recruter une trentaine de militaires blessés de guerre avec une blessure physique grave. Sont inclus les militaires ayant subi une perte de membre, une perte de substance et/ou une perte de fonctionnalité. Ils sont contactés en début de rééducation (1^{er} mois) pour 2 entretiens : (1) anamnèse avec questionnaire type, Inventaire-Échelle de Névrose Traumatique (IENT), questionnaires évaluant la douleur (qualitatifs de la douleur [QDSA], bilan douleur EVA, échelle de retentissement de la douleur sur le comportement quotidien [QCD23]) et (2) épreuve du Rorschach et Thematic Aperception Test (TAT). Les patients sont recontactés 6 mois plus tard selon les mêmes modalités d'entretiens.

Résultats.— À ce jour, 4 patients ont pu être évalués (3 à 1 mois, 1 à 6 mois). Les préoccupations majeures des patients concernent leur état physique et leur récupération, seuls éléments susceptibles selon eux, d'affecter leur état psychologique. La douleur influe sur leur humeur, leur sommeil mais également sur leurs relations aux autres (questionnaires douleur). Des symptômes post-traumatiques sont relevés (IENT) qui, sans être massifs, ont néanmoins un retentissement sur l'humeur, le sommeil, les relations aux autres et peuvent interagir avec la douleur. Un contrôle des mouvements psychiques depuis la blessure est toujours présent (Rorschach) notamment lors des reviviscences et tout particulièrement lors de la réactivation de la douleur.

Discussion.— La douleur paraît avoir de l'importance dans la réorganisation psychique nécessaire à la suite d'un traumatisme de guerre. Cette étude débutante devrait permettre de faire des propositions pour améliorer le suivi psychologique des blessés de guerre dès la rééducation.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.834

P081—FR

Prise en charge de la douleur de l'épaule chez le patient hémiparalysé : expérience du CHU de Casablanca

L. Riahi^{a,*}, B. Elmabrouki^b, F. Lmidmani^b, A. Elfatimi^b

^a Médecine physique, CHU de Ibn-Rochd-Casablanca, 1, quartier des hôpitaux, 20100 Casablanca, Maroc

^b CHU de Casablanca, Casablanca, Maroc

*Auteur correspondant.

Mots clés : Hémiparésie ; Douleur ; Épaule

Introduction.— La prévalence de l'épaule douloureuse de l'hémiparésie après AVC est de 70 %. Un syndrome épaule-main, une capsulite rétractile peuvent en être l'origine, favorisés par une subluxation gléno-humérale ou une spasticité importante. Le diagnostic étiologique est essentiellement clinique. Le traitement est surtout préventif reposant sur les immobilisations, le strapping, la mobilisation prudente et l'électrostimulation.

Objectifs.— Rappeler les particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives de cette affection et d'évaluer nos résultats en fonction des données de la littérature. **Méthodes.**— Étude prospective concernant la prise en charge de la douleur de l'épaule hémiparalysée chez 12 patients entre octobre 2008 et mars 2011.

Résultats.— Douze patients ; âge : 51 ± 19 ans ; délai post-AVC : 3 à 28 semaines (15,5 ± 12,5) ; sex-ratio : 8 F/4 H ; côté hémiparalysé : 9 droits/3 gauches ; douleur évaluée par l'EVA : (initiale : 8 ± 1 ; après traitement : 3 ± 1) ; étiologies : 10 subluxations/3 syndrome régional complexe de type I.

Traitement.— Tous les patients ont été traités par : *strapping* et écharpe d'immobilisation en cas de position debout ou assise, traitement antalgique médicamenteux, TENS, infiltration locale de corticoïde en cas de syndrome régional complexe de type I.

Discussion.— La douleur de l'épaule chez l'hémiparalysé est particulière par sa fréquence élevée, ce qui en fait un sujet d'attention thérapeutique et justifie l'importance des travaux la concernant. Le diagnostic étiologique des douleurs du membre supérieur de l'hémiparalysé reste un sujet de controverses. Son origine apparaît multifactorielle dominée par la subluxation gléno-humérale, le syndrome régional complexe type I, la capsulite rétractile, la spasticité. Il faut souligner l'importance de la prévention en évitant la décoaptation gléno-humérale par une bonne installation du patient ainsi que le diagnostic et l'instauration d'un traitement précoce.

Pour en savoir plus

after stroke: relationships with pain and motor recovery. *Physiother Res Int* 2007;12(2):95–104.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.835

P082—FR

Particularités de prise en charge de la douleur cervico-brachiale

Z. Djaroud^{a,*}, F. El Abed^a, K. Terki^b, F. Benlebna^a, B. Boumediene Zellat^a

^a Médecine physique réadaptation, établissement hospitalo-universitaire, 1-novembre-1954, BP Ibn Rochd 4166, 31000 Oran, Algérie

^b SEMEP/établissement hospitalo-universitaire, 1-novembre-1954, Oran, Algérie

*Auteur correspondant.

Mots clés : Douleurs cervico-brachiale ; Modalités thérapeutiques

Les névralgies cervico-brachiales sont l'un des motifs les plus fréquents de consultation en MPR ; leurs traitements sont multiples, nous avons voulu évaluer différentes thérapeutiques et analyser les résultats.

Patients et méthodes.— Il s'agit d'une étude prospective de 21 patients ayant une NCB, vus en MPR entre le 01/10/2009 et le 01/03/2010, pour lesquels différents traitements ont été prescrits à savoir un traitement physique (physiothérapie antalgique + contention par collier cervical), un traitement médical (antalgiques, AINS ou autres), une physiothérapie seule, une contention seule et une association du traitement physique et médical.

Résultats.— Notre série comprend 19 femmes/02 hommes soit prédominance féminine à 90,48 % ; de tout âge avec 07 soit 33,33 % entre 40–50 ans ; 10 soit 47,61 % ont reçu un traitement médical, 06 soit 28,57 % un traitement physique, 03 ont bénéficié de physiothérapie seule, 4,76 % un collier cervical seulement et 4,76 % une association traitement physique et médical ; pour le traitement médical 04 ont reçu Lyrica, 03 du Tramadol, 03 des AINS et 01 du Paracétamol. Ces patients ont été revus à des intervalles variés allant de 02 à 10 semaines avec 04 revus à 02 semaines, 03 à 3 semaines, 04 à 4 semaines, 04 à 5 semaines, 01 à 6 semaines, 01 à 10 semaines et 04 perdus de vue. Les résultats sur la douleur (EVA), tous traitements confondus, montrent une amélioration de la douleur chez 61,90 % et un état stationnaire chez 19,04 %.

Selon le type de traitement, 66,67 % d'amélioration dans le groupe/traitement physique de l'EVA douleur chez 60 % des patients du groupe/traitement médical, 100 % d'amélioration avec contention seule, 33,33 % d'amélioration et 33,33 % état stationnaire avec physiothérapie seule et 100 % d'amélioration de la douleur soit 1/1 avec l'association traitement physique traitement médical.

Discussion.— Notre échantillon est à prédominance féminine en pleine activité (40–50 ans). Une amélioration de la douleur dans 2/3 des cas tous traitements confondus avec 66,67 % de bons résultats avec le traitement physique et 100 % avec l'association traitement physique traitement médical. Il découle de notre étude que l'association médicaments moyens physiques donne le meilleur résultat dans le traitement des NCB.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.836

Version anglaise

P078—EN

Pain: A burn victim's means of expression

Z. Djaroud^{a,*}, K. Terki^b, F. El Abed^a, F. Benlebna^a, B. Boumediene Zellat^a, L. Khensous^a

^a Médecine physique réadaptation, établissement hospitalo-universitaire, 1-novembre-1954, BP Ibn-Rochd 4166, 31000 Oran, Algeria

^b SEMEP/établissement hospitalo-universitaire, 1-novembre-1954, Oran, Algeria

*Corresponding author.

Keywords : Electric shock; Burns; Multiple amputations; Pain

Introduction.– Electrocutation accidents are serious; they involve not only the prognosis but are also the cause of amputations, multiple sources of pain, delayed healing, and retarded orthotics. This clinical case of a young mason illustrates another type of complication, secondary systemic involvement.

Objectives.– Treatment objectives were: relieve pain, monitor trophic status of amputation stumps, fit appropriate orthotics, and restore the patient's independence for occupational and daily life activities

Case report.– A 32-year-old right-handed male suffered electrocution by high voltage electrical cables in 2007. He presented 3rd degree burns of the upper limb and left distal portions of the lower limbs. Hospitalized in intensive care, he suffered a dislocation of his left shoulder and had a skin graft; both feet had to be amputated. The patient was followed for control of trophic disorders of the amputation stumps, neuropathic pain and sequelae subjective pain.

Results.– Local treatment of these disorders, anxiolytic and analgesic therapy and fitting orthotics for the lower limbs helped restore this patient's autonomy.

Discussion–Conclusion.– Multiple amputations subsequent to electrical shock require careful monitoring of stump trophicity. The management scheme must be well conducted to enable early fitting of orthotic devices and prevent deconditioning. This challenge begins at the time of the accident and continues during the rehabilitation phase and beyond.

Further reading

Carpentier JP, R. Petrognani Hanging - Electrocutation. In: Samii K, ed. *Anesthésie Chirurgicale Intensive Care*. Paris: Flammarion, 1995:1676-81

Dubien PY, Bertin-Maghi M, Gueugniaud PY, Bouchard C, Ould-Aoudia T, Little P. Electric shock burns: epidemiological aspects and thérapeutiques. *Press Med* 1996; 25:1781-5

Rehabilitation of burned adults. *Encycl Med Chir (Paris, France), Physiotherapy*, 26275A10, 3 - 1998, 10. Prevention of electrical burns. Cabanes J. p. 11

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.837

P079–EN

A strange foot not far from CRPS I

F. Luthi^{a,*}, A. Vouilloz^a, O. Deriaz^b, D. Genoud^a

^a *Réadaptation de l'appareil locomoteur, clinique romande de réadaptation suvacare, 90, avenue Grand-Champsec, 1950 Sion, Switzerland*

^b *Institut de recherche en réadaptation, Sion, Switzerland*

*Corresponding author.

Keywords: Ankle; CRPS1; Diagnostic criteria

Introduction.– Since the work of the “International Association for the Study of Pain” (IASP), complex regional pain syndrome type 1 (CRPS I) or algodystrophy includes motor disorders (tremor, dystonia, myoclony) as diagnosis criterion. This can lead to confusion with some neurologic disorders which can wrongly be considered as CRPS I. The following observation illustrates this problem.

Observation.– A 31-year-old man was hospitalized in a rehabilitation clinic in April 2007 with suspected CRPS I with persistent pain in the left leg. In 2005, the patient underwent ligament reconstruction at the right ankle. In May 2006, a recurrence of his ankle sprain was treated conservatively. The course of this pathology was unfavourable with an extension of the pain areas (leg and foot) as well as an appearance of abnormal motion. Toe motion in abduction was observed (especially T5) followed by a flexion cramp; an hypoesthesia in the sural nerve area, a scar allodynia and discrete vasomotor disorders. The scintigraphy was compatible with a stage 2 algodystrophy. Lower limb electromyography was normal; measurement of pseudo periodic activity of the motor unit at the foot level (abductor of the 5th toe, 4th interosseous). A “Painful legs and moving toes syndrome” was diagnosed which was treated with gabapentin and carbamazepine with a partial improvement.

Discussion.– The “Painful legs and moving toes syndrome” is a rare pathology rehabilitation specialists should recognize. The origin is often peripheral nerve damage. The medullar interneuron activation (between the dorsal and ventral horn) is considered as the source of the efferent motor nerves which are responsible for the abnormal movements. This observation illustrates the need for a demanding approach before establishing the diagnosis of CRPS I and the respect of the 4th criterion of the ASP (exclusion of this syndrome when another pathology may explain pain and dysfunction).

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.838

P080–EN

Psychological effects of pain and physical disease on seriously war injured soldiers

V. Bosserelle*, D. Cupa

Laboratoire de psychopathologie psychanalytique des atteintes somatiques et identitaires (LASI), UFR SPSE–université Paris-Ouest-Nanterre-La-Défense, 200, avenue de la République, 92001 Nanterre, France

*Corresponding author.

Keywords: War injured soldiers; Physical wound; Pain; Inventory-scale for traumatic neuroses

Introduction.– Soldiers sent to fight missions during foreign operations are particularly exposed to physical wounds, and to psychological wounds and in particular to war trauma. According to Freud, an organic wound can protect the person from war trauma, but what is the situation in real life? Physical pain of physical wound seems to be more protective than the injury itself.

Aim.– To study psychological effects of severe physical wounds and to study the role and impact of pain in war injured soldiers.

Methods.– We wanted to recruit about 30 war-injured soldiers with a severe physical wound. Were included soldiers who sustained loss of limb, loss of organic substance, and/or loss of functionality. They were contacted at the beginning of the rehabilitation period (1st month) for two interviews: (1) typical anamnesis questionnaire, Inventory - Scale for Traumatic Neuroses (ISTN), questionnaire on pain (Term for pain [QDSA], Pain check-up EVA, Scale of pain impact on the everyday life [QCD23]) and (2) Rorschach test and Thematic Aperception Test (TAT). Patients were contacted again 6 months later for the same interviews.

Results.– To date, 4 patients have been assessed (three at one month, one at six months). Their most common concerns involved their physical state and their recovery. According to them, only those elements could have an impact on their psychological state. The pain had an influence on their mood, their sleep and also their relationships (pain questionnaires). Post-traumatic symptoms were noted (ISTN) and even though they are not high, they had an impact on mood, sleep, relationships, and had an interaction with pain. Since the injury, a control of the psychological movements was still acting (Rorschach), during the reviviscences and especially during the reactivation of pain.

Discussion.– Pain seems to be important for the psychological reorganization needed after a war trauma. This beginning study should permit an improvement in the psychological therapy proposed for injured soldiers from the start of their rehabilitation.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.839

P081–EN

Management of shoulder pain in the hemiplegic patient: Experience of the University Hospital of Casablanca

L. Riah^{a,*}, B. Elmabrouki^b, F. Lmidmani^b, A. Elfatimi^b

^a *Médecine physique, CHU de Ibn-Rochd-Casablanca, 1, quartier des hopitaux, 20100 Casablanca, Morocco*

^b *CHU de Casablanca, Casablanca, Morocco*

*Corresponding author.

Keywords: Hemiplegia; Pain; Shoulder

Introduction.– The prevalence of shoulder pain after hemiplegic stroke is 70%. A shoulder-hand syndrome, adhesive capsulitis may be the cause, favored by a glenohumeral subluxation or significant spasticity. The etiological diagnosis is mainly clinical. The treatment is mainly based on preventative taping, and prudent mobilization and electrostimulation.

Objectives.– Recall the clinical, therapeutic and prognostic elements and to evaluate our results based on data from the literature.

Methods.– Prospective study on the management of shoulder pain in 12 hemiplegic patients seen between October 2008 and March 2011.

Results.– Twelve patients, age: 51 ± 19 years post-stroke time: 3 to 28 weeks (15.5 ± 12.5); sex ratio: 8 F/4 H; hemiplegic side: 9 right/3 left, pain assessed by VAS (initial: 8 ± ; after treatment: 3 ± 1); etiologies: 10 subluxations/3 complex regional syndrome type I.