

échec du traitement conservateur

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.949

P049_FR

Prise en charge rééducative de la capsulite rétractile

Z. Djaroud^{a,*}, K. Terki^b, O. Bensaber^c, F. El Abed^a, T. Bouhadiba^d, F. Benlebna^a

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

^b SEMEP/établissement hospitalo-universitaire 1^{er} novembre 1954, Oran

^c Médecine physique réadaptation, centre hospitalo-universitaire Hassani Abdel Kader, Sidi Bel Abbès

^d Chirurgie orthopédique et traumatologique, établissement hospitalo-universitaire 1^{er} novembre 1954, Oran

*Auteur correspondant.

Mots clés : Douleurs ; Capsulite épaule ; Rééducation

Introduction.— La prise en charge rééducative de la capsulite rétractile est fondamentale. Elle se conçoit parallèlement au traitement médicamenteux et ou immédiatement après une infiltration de l'épaule rééducation « intensive ». La conduite du programme de rééducation est fonction de certains facteurs inhérents au patient ou à l'évolution de la pathologie elle-même.

Matériels et méthodes.— Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 22 cas de capsulites rétractiles prises en charge dans le service de Médecine Physique et Réadaptation EHU Oran entre janvier 2010–2011

Résultats.— Notre population comportait huit hommes et 14 femmes d'âge moyen 59,2 ± 11,1 ans. Le diabète, le traumatisme de l'épaule sont les antécédents notables. Le délai de prise en charge rééducative était en moyenne (six mois), 11 patients (50%) ont bénéficié d'une infiltration ion avant ou au cours de la rééducation. Le nombre de séances prescrit était en moyenne (12)

Discussion—conclusion.— Le traitement de la capsulite rétractile dépend du stade de la maladie. À la phase hyperalgique on doit se limiter au traitement symptomatique. Des moyens physio antalgiques (cryothérapie) et des postures à l'aide d'un coussin d'abduction la nuit sont les seules à tenter sur le plan rééducatif. Toute tentative de gain des amplitudes articulaires est vouée à l'échec et risque même d'aggraver le tableau. La disparition des douleurs de repos nous a permis de commencer un travail de gain articulaire, l'infiltration y a aidé considérablement. La moyenne d'amélioration de l'EVA douleur était de 50/100. Par contre l'âge paraît influencer le résultat fonctionnel (EVA douleur)

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.950

P050_FR

Retard de consolidation et biphosphonates: à propos de deux cas

F. Benlebna^{*}, F. El Abed, B. Boumediene Zellat, M. El Katroussi, S. Medghar, Z. Djaroud^{*}

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

*Auteur correspondant.

Mots clés : Biphosphonates ; Retard de consolidation

Introduction.— Le diagnostic de retard de consolidation après fracture tibiale (évoqué 20 à 26 semaines après la fracture tibiale selon les auteurs) doit être porté le plus tôt possible afin de prévoir le traitement, et préserver la fonction. Nous rapportons deux cas de retard de consolidation traités par les biphosphonates.

Première observation.— Femme de 73 ans, hypertendue, diabétique insulinodépendante admise en juillet 2010 pour raideur de la cheville gauche avec syndrome douloureux complexe régional de type I suite à une fracture des deux os de la jambe gauche (1/3 inférieur du tibia et 1/3 supérieur de la fibula) survenant janvier 2010 traité orthopédiquement. La radiographie du contrôle faite six mois après le traumatisme a objectivé la non consolidation du foyer de la fracture avec une déminéralisation osseuse diffuse.

Deuxième observation.— Homme de 62 ans admis pour une gonarthrose gauche opérée le 29/09/2010, bénéficiant d'une ostéotomie tibiale de valgisation, la

une déminéralisation osseuse (SDRC type I). Les deux patients ont bénéficié d'un traitement par les biphosphonates: Ibondronate par voie intra veineuse (deux cures de 2 mg dans 200 cc de sérum à 1 mois d'intervalle), ils ont reçu aussi un supplément en calcium et de la vitamine D. L'évolution après un mois était favorable marquée par la consolidation osseuse

Conclusion.— Quelle que soit la prise en charge, le type de traitement utilisé, et malgré les mesures de prévention, le retard de consolidation est fréquent après fracture du tibia. L'augmentation de la densité de la minéralisation osseuse est prouvée après administration des biphosphonates par l'inhibition des ostéoclastes, mais leurs efficacité n'est pas prouvée sur la consolidation osseuse (manque d'études)

Pour en savoir plus

L. Obert, A. Couesmes, D. Lepage, J. Pauchot, P. Garbuio, Y. Tropet Consolidation osseuse et pseudarthrose des os longs: l'apport des BMP: Service de Traumatologie, d'Orthopédie de Chirurgie Plastique et Assistance Main CHU Jean Minjoz Bd Fleming 25000 Besançon.

P. Chiron1, A. Brouchet2. Consolidation osseuse adaptation de l'os aux contraintes aspects fondamentaux, 1 orthopédie CHU Rangueil, 2 anatomopathologie Rangueil.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.951

P051_FR

L'évolution de la capsulite rétractile prise en charge en médecine physique et rééducation

R. Sbabi, S. Lebib, M. Faiez, W. Herchi, L. Ghidaoui, I. Miri, F.Z. Ben Salah, C. Dziri

Médecine physique et rééducation fonctionnelle, institut d'orthopédie Mohamed-Kassab-Ksar-Said, 2010 Manouba, Tunisie

Mots clés : Capsulite rétractile ; Arthrodistention ; Infiltration intraarticulaire

Objectif.— L'objectif de notre étude a été d'apprécier l'apport des différents moyens thérapeutiques utilisés en médecine physique et rééducation pour une amélioration rapide de la Capsulite rétractile

Matériels et méthodes.— Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée durant la période allant de janvier 2009 à mars 2011 au service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle de l'institut d'orthopédie Kassab. Vingt et un cas de capsulites rétractiles, primitives (deux cas) ou secondaires (quatre cas après traumatisme de l'épaule, un cas après chirurgie de la coiffe, 11 cas suite à un diabète, un cas post-AVC et deux cas post-lésions de la coiffe des rotateurs) ont été inclus. La prise en charge a consisté en un programme intensif de rééducation pendant deux semaines associée parfois à un complément thérapeutique par une distension capsulaire ou une infiltration articulaire de corticoïde. L'efficacité du traitement a été évaluée par l'EVA douleur et la mesure de la mobilité articulaire de l'épaule.
Résultats.— Il a été trouvé une amélioration significative de l'EVA douleur ainsi que des amplitudes articulaires surtout de l'abduction passant de 71° à 119° et de la rotation externe de 29° à 43° entre le début et la fin de l'hospitalisation.
Discussion.— L'évolution spontanée de la capsulite rétractile, qu'elle soit idiopathique ou secondaire, n'est pas toujours favorable. Il n'y a pas de recommandations internationales concernant la prise en charge de la capsulite rétractile. La rééducation intensive couplée ou pas à d'autres traitement comme l'arthrodistension ou l'infiltration articulaire de corticoïde constitue un moyen efficace surtout au stade intermédiaire pour augmenter la mobilité articulaire afin de limiter le risque de séquelles, et réduire la durée d'évolution de la capsulite rétractile

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.952

P052_FR

Measurement of therapeutic effect of ultrasound on knee osteoarthritis; double blind study

S. Kapidzic

UKC Clinic for Physical Medicine and Rehabilitation, University Clinical, Center Tuzla Trnovac, 75000 Tuzla, Bosnie-Herzégovine

Pas de résumé français communiqué

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.953