

^c U738, Inserm, centre d'épidémiologie clinique, hôpital Hôtel-Dieu, AP-HP, Paris, France

*Corresponding author.

E-mail address: clemence.palazzo@cch.aphp.fr

Keywords: Disability; Handicap; Burden of disease; Rheumatic disease; Musculoskeletal disease; ICF; Chronic condition

Background.— Representative national data on disability and chronic diseases are becoming increasingly important in helping policymakers decide on public health strategies. We assessed the contribution of different rheumatic and musculoskeletal diseases (RMDs) to disability in France.

Methods.— Data on RMDs, including osteoarthritis (OA), low back pain (LBP), neck pain, inflammatory arthritis, spine deformity, and osteoporosis, and on disability were extracted from the Disability-Health Survey, a national study including 29,931 persons representative of the French population living in household. Disability categories of the common ICF core set for RMDs, including activity limitations, participation restrictions, and environmental factors, were considered for the analysis. Diagnosis and disabilities were self-reported. We assessed the individual risk of being disabled when having RMDs using Odds ratio, and the societal impact of RMDs using average attributable fraction (AAF) to account for comorbidities.

Findings.— Around 17,300,000 persons reported RMDs in France. LBP (12.5% of the French population [95% confidence interval: 12.1; 13.1]) and OA (12.3% [11.8; 12.7]) were the most prevalent RMDs. At an individual level, people reporting inflammatory arthritis were twice more limited for all activities of daily living than people without; those with OA for walking (adjusted OR 1.93 [95% confidence interval: 1.68; 2.21]) and carrying objects (1.74 [1.5; 2.01]); those with LBP with the fact to change job because of a health problem (2.16 [1.04; 4.5]). From a societal perspective, OA was the main contributor of activity limitations: 22% of difficulties for walking, and 12.8% for dressing were attributable to OA in France. Changing job was mainly attributable to neck pain (AAF 13%) and LBP (11.5%). Spine deformity was the main contributor to all disability categories before 20 years old. The impact of osteoporosis was low.

Discussion.— RMDs are highly prevalent and have a significant impact on activity limitations and participation restrictions, suggesting that more efforts should be made to improve care and research in these chronic diseases.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.468>

CO46-006-e

Assessment of fatigue in rheumatoid arthritis: Experience of physical medicine Casablanca

L. Riahi^{a,*}, A. Naitkhat, F. Lmidmani, A. Elfatimi

CHU Ibn Rochd, quartier des hôpitaux Casablanca, 20200 Casablanca, Morocco

*Corresponding author.

E-mail address: riahloubna@yahoo.fr

Keywords: Rheumatoid arthritis; Fatigue

Introduction.— Rheumatoid arthritis (RA) is an inflammatory disease responsible for pain, deformity and joint destruction leading to functional disability. The RA patients often complain of fatigue existing at all stages and increasing during flares, constituting a factor in the deterioration of the quality of life.

Objective.— This study aimed to determine the predictive value of fatigue on the occurrence of a subsequent worsening of disability (evaluated after three years) to provide a tool prognosis.

Materials and methods.— Sixty-eight patients followed in the service of Physical Medicine and Rehabilitation Functional received an assessment of fatigue through three questionnaires: visual analogue scale of 100 mm, the medical outcomes study short-form 36 (SF36) scale, multidimensional assessment of fatigue (MAF).

Results.— Of the 68 patients, 70% had a higher fatigue VAS 50 mm, 54% had severe fatigue index greater than 30 for the MAF. A statistically significant relationship was demonstrated between a high level of physical fatigue and worsening of disability.

Discussion.— The assessment of fatigue is difficult because psychological factors are involved and physical. The majority of the measurement tools used

in research or clinical practice based on self-assessment format, but this assessment is primordial for monitoring, dose adjustment and determining the prognosis of RA.

Further reading

Cella D, Yount S, Sorensen M, Chartash E, Sengupta N, Grober J. Validation of the functional assessment of chronic illness therapy fatigue scale relative to other instrumentation in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2005;32:811–9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.469>

CO46-007-e

Evolution of locomotor performances in HIV-1 infected adults included in the ANRS CO3 Aquitaine cohort

L. Richert^{a,*}, M. Brault^b, P. Mercié^a, F.A. Dauchy^b, M. Bruyand^a, C. Greib^b, F. Dabis^a, F. Bonnet^a, G. Chêne^c, P. Dehail^c

^a Inserm U897, université Bordeaux Segalen, 146, rue Léo-Saignat, 33076 Bordeaux, France

^b CHU de Bordeaux, université Bordeaux Segalen, Bordeaux, France

^c EA 4136, CHU de Bordeaux, université Bordeaux Segalen, Bordeaux, France

*Corresponding author.

E-mail address: laura.richert@isped.u-bordeaux2.fr

Objective.— To study the evolution of locomotor performances in HIV-1 infected adults included in the ANRS CO3 Aquitaine cohort.

Patients and methods.— In this prospective observational study, locomotor performances were assessed with the six-minute walk distance (6MWD) and the five-times-sit-to-stand test (5STS), at baseline and after 2-year follow-up. The evolution of locomotor test results over time and the determinants of 5STS time were studied in linear mixed effects regression models.

Results.— Three hundred and fifty-four patients (81% men, median age 48 years) were included at baseline and 178 had a follow-up visit after 2 years. At baseline, median baseline 5STS time was 9.8 s, and median 6MWD was 549 m. At follow-up, 31% had a deterioration in 5STS time of at least 2 s, and 43% had a decrease in 6MWD of at least 25 m. Overall, mean deterioration was +0.24 s/year ($P = 0.007$) for 5STS time, and -11 m/year ($P < 0.0001$) for 6MWD. Older age was associated with worse baseline 5STS time (+0.47 s per 10-year age increase, $P = 0.001$) but not with deterioration in this test over time. 5STS deterioration was more pronounced in i.v. drug users (change in slope +0.62 s/year, $P = 0.03$). At any time point, 5STS performance was significantly worse in patients with time-updated history of cerebral CDC stage C conditions (+2.47 s, $P < 0.001$) and of diabetes (+0.95 s, $P = 0.02$). No significant associations were found for time-updated type of ART, viral load or CD4 count.

Discussion.— Compared to data in the literature, baseline 5STS time and 6MWD are poorer in adults with well-controlled HIV-infection, and performance in these tests deteriorates further over time. A multifactorial origin rather than virologic factors may contribute to this deterioration of the lower limb performance. Physical exercise training should be considered in these patients.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.470>

Communications affichées

Version française

P125-f

Intérêt d'une rééducation passive pendant les 45 premiers jours après réparation de la coiffe des rotateurs

O. Bouzaida^{a,*}, S. Moalla, C. Muresan, M.-B. Doucet, M.-L. Fouache
CRF Saint-Lazare, Ugecam Nord Pas-de-Calais Picardie, 14, rue Pierre-et-Marie-Curie, 60000 Beauvais, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : olfa_bouzaida@yahoo.fr

Mots clés : Coiffe des rotateurs ; Réparation ; Rééducation passive ; Immobilisation

Introduction.— La rééducation passive après réparation d'une rupture de la coiffe des rotateurs permet la récupération fonctionnelle de l'épaule en favorisant la cicatrisation tendineuse.

L'objectif de notre étude est de justifier l'intérêt de ce type de rééducation pendant les 45 premiers jours postopératoires en respectant les recommandations d'admission en SSR de la HAS, la SOFMER et les critères de la sécurité sociale.

Patients et méthodes.— Dix patients actifs, pris en charge de janvier à septembre 2012, d'âge moyen 61 ans. La chirurgie à ciel ouvert concerne 6 patients. Ils ont bénéficié tous d'une rééducation passive avec un masseur-kinésithérapeute et un ergothérapeute. En dehors des séances de rééducation, le patient effectue seul des exercices d'automobilisation. La rééducation est associée à une immobilisation par orthèse d'abduction.

Une évaluation clinique a été réalisée, à j45 postopératoire.

Résultats.— La rééducation a permis de :

- soulager la douleur avec passage de l'EVA moyenne de 3,2 à 2,2/10 ;
- restaurer la mobilité passive de l'épaule, dans les secteurs angulaires autorisés par le chirurgien ; flexion passive moyenne est passée de 98° à 117° et abduction passive moyenne est passée de 91° à 108,5° ;
- surveiller l'apparition d'éventuelles complications secondaires. Pas de complications observées chez nos patients.

Discussion.— Nos résultats suggèrent que la rééducation passive précoce devrait être autorisée, car la récupération fonctionnelle est meilleure. L'immobilisation stricte n'a pas démontré sa supériorité [1].

La période de rééducation passive était plus courte dans une autre étude, de 30 jours, avec un bon résultat sur la cicatrisation, évaluée échographiquement. Par ailleurs, plusieurs auteurs ont montré l'effet bénéfique de l'association d'un mouvement passif continu à un protocole standard de rééducation passive. À court terme, la récupération de la mobilité articulaire était statistiquement meilleure, mais la différence n'a pas persisté après 1 an de suivi [2].

Références

[1] Armda. et al. Immediate passive motion versus immobilization after endoscopic supraspinatus tendon repair: a prospective randomized study. *Orthop Traumatol* 2012;98S:S131–8.

[2] Garofalo. et al. Effects of one-month continuous passive motion after arthroscopic rotator cuff repair: results at 1-year follow-up of a prospective randomized study. *Musculoskelet Surg* 2010;94:S79–83.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.471>

P126-f

Prise en charge des troubles vésicaux postopératoires en chirurgie orthopédique

L. Mailhan*, H. Siney, F. Bonete

Hôpital des Gardiens de la Paix, 35, boulevard Saint-Marcel, 75013 Paris, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : laurence.mailhan@fondation-hgp.asso.fr

Mots clés : Troubles vésicaux ; Prothèse de hanche ; Chirurgie rachidienne

Introduction.— L'incidence de la rétention urinaire après arthroplastie de hanche ou de genou est de 20 à 47 % dans la littérature [1]. Après laminectomie, la rétention urinaire est majorée [2]. Le dépistage et le traitement des troubles urinaires après chirurgie sont essentiels pour limiter le risque infectieux.

Patients et méthodes.— Dans le cadre d'une EPP supervisée par le CLIN, un dépistage systématique de l'existence d'un résidu post-mictionnel a été fait chez tous les patients entrants en MPR de janvier à juin 2012. Cela concernait les patients aux FDR reconnus (PTH homme de plus de 70 ans, chirurgie rachidienne) et les patients ayant une dysurie à l'interrogatoire.

Résultats.— Le dépistage a concerné 18 % des patients hospitalisés en MPR. Trente-six pour cent des patients évalués avaient un résidu post-mictionnel : 40 % des patients de plus de 70 ans après PTH, 30,76 % des patients opérés du rachis. Cinquante pour cent des patients avec un RPM avaient un ECBU positif à l'entrée.

Discussion et conclusion.— La prévalence de la rétention urinaire après chirurgie orthopédique justifie de son dépistage. Sa prise en charge doit permettre de limiter le risque infectieux.



Références

[1] Balderi T, Carli F. Urinary retention after total hip arthroplasty. *Minerva Anestesiol* 2010;76(2):120–30.

[2] Cong ML, Gong WM, et al. Urodynamic study of bladder function for patients with lumbar spinal stenosis treated by surgical decompression.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.472>

P127-f

Rupture tardive du tendon rotulien après plastie du ligament croisé antérieur avec prise de greffon au tendon rotulien homolatéral



A. Vouilloz*, F. Luthi

Clinique romande de réadaptation, avenue Grand Champsec 90, 1950 Sion, Suisse

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aurelie.vouilloz@crr-suva.ch

Mots clés : Rupture tendon rotulien ; Plastie LCA ; Complications postopératoires

Introduction.— La rupture du tendon rotulien (TR) après prise de greffon pour une plastie du ligament croisé antérieur (LCA) est une complication rare (0,24 %) [1]. Elle requiert une intervention chirurgicale pour restaurer la continuité du mécanisme d'extension du genou.

Observation.— Un sportif de 20 ans présente une rupture du LCA (football). Une plastie au TR est effectuée, puis le patient suit un programme de rééducation. Les résultats subjectifs et objectifs en fin de traitement sont excellents. Un an après la plastie, le patient reprend le football. Quinze mois post-plastie du LCA survient cependant une tendinopathie rotulienne traitée pendant plusieurs mois. L'évolution semble favorable mais avec des douleurs antérieures lors d'activités sportives exigeantes. Deux ans et demi après la plastie, suite à une glissade sur sol mouillé, survient une rupture du TR à la pointe de la rotule traitée par ostéo-suture et cerclage. Le cerclage est enlevé 4 mois plus tard. Un déficit de force persistant et des douleurs antérieures motivent une rééducation prolongée. L'évolution est finalement favorable en termes de douleur. Deux ans après la suture tendineuse, le bilan isocinétique ne montre plus de déficit significatif (inférieur à 10 %).

Discussion.— La rupture du TR est une complication rare, qui survient le plus souvent relativement tôt après la plastie (délai moyen 18,5 jours) mais elle peut aussi survenir tardivement comme ici. Le mécanisme de la rupture survient habituellement sur sol glissant. La rupture est presque toujours totale, nécessitant un traitement chirurgical. Quelques ruptures partielles ont été décrites et peuvent être traitées conservativement. En dépit d'une perte initiale de flexion du genou et de force du quadriceps, l'évolution à long terme est le plus souvent favorable mais nécessite une longue rééducation (fréquemment > 1 an). Le port d'une attelle après plastie du LCA avec prise de greffon au TR n'est cependant pas recommandé car cette complication est rare et le port d'une orthèse augmente le risque d'une évolution vers une raideur du genou. Ce cas souligne l'importance d'un suivi clinique exigeant lors de douleurs antérieures persistantes après plastie du LCA au TR.

Référence

[1] Benner RW. *Am J Sports Med* 2012.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.473>

P128-f

Compression du nerf ulnaire au poignet et variation anatomique du muscle cubital antérieur. À propos d'un cas



E.H. Kassimi

Service de médecine physique et de réadaptation fonctionnelle, hôpital Ibn Rochd, CHU Ibn Rochd, 1, quartier des hôpitaux, 20100 Casablanca, Maroc

Adresse e-mail : kassimi24@Hotmail.Com

Mots clés : Compression ; Cubital ; Poignet ; Traitement

Introduction.— La compression du nerf ulnaire est la deuxième neuropathie compressive après le syndrome du canal carpien. Le site de compression le plus fréquent est le coude, mais des compressions sur tout le long de son trajet sont décrites notamment au niveau du canal de Guyon. L'étiologie des compressions