



Appel à communications

Thème :
Sport-Santé

Résumé N° SFMES-SFTS25-185

Effets d'un programme d'activité physique adaptée chez des patients atteints de cancer du poumon selon le statut métastatique

Jennifer Arrondeau*^{1,2}, Baptiste MAZAS¹, Vincent GOYAT¹, François GOLDWASSER², Marie WISLEZ³, Marco ALIFANO⁴, Patricia THOREUX¹

¹ Centre d'Investigations en Médecine du Sport (CIMS), Hôpital Hôtel-Dieu, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), GHU Paris Centre,

² Service d'Oncologie Médicale, Hôpital Cochin, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), GHU Paris Centre,

³ Service de pneumologie, unité d'oncologie thoracique, Hôpital Cochin, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), GHU Paris Centre,

⁴ Service de chirurgie thoracique, Hôpital Cochin, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), GHU Paris Centre, PARIS, France

Introduction : L'activité physique adaptée (APA) est recommandée chez les patients atteints de cancer, mais ses effets spécifiques en oncologie thoracique, notamment en situation métastatique, sont peu documentés. Cette étude visait à évaluer l'impact d'un programme hospitalier d'APA sur la condition physique, la composition corporelle et les dimensions psychologiques chez des patients atteints de cancer du poumon, selon leur statut métastatique.

Méthodes : Nous avons inclus des patients atteints de cancer du poumon ayant complété un programme d'APA de 6 semaines ayant été réévalués au moins deux fois en hôpital de jour, entre 2017 et 2025. ont été inclus. Les évaluations comprenaient : VO₂ pic, puissance maximale, test de marche, scores de fatigue et de qualité de vie (BFI, SF-36, HAD), composition corporelle (IMC, masse grasse, masse maigre, T-score). Les analyses ont été réalisées séparément selon le statut métastatique, avec comparaisons intergroupes à chaque temps. Les patients métastatiques recevaient des traitements variés (chimiothérapie, immunothérapie et/ou thérapie ciblée).

Résultats : La cohorte étudiée comportait 41 patients, dont 28 non métastatiques et 13 métastatiques. Cette population était majoritairement féminine chez les non métastatiques (67,9 %) et masculine chez les métastatiques (58,3 %), avec un âge moyen respectif de 63,5 ± 10,2 ans et 60,5 ± 16,3 ans. Chez les patients métastatiques, 50 % avaient reçu une chimiothérapie seule, 22 % une immunothérapie seule, 22 % une radiothérapie seule, et 5,5 % une hormonothérapie. Chez les patients non métastatiques, des améliorations significatives étaient observées dès 6 semaines sur la VO₂ pic (+1,8 mL/min/kg, p < 0,001), la puissance maximale (+8,5 W, p < 0,001), et le test de marche (+43,8 m, p < 0,001), avec un maintien partiel à 6 mois et 1 an.

Chez les patients métastatiques, malgré un effectif réduit, des bénéfices significatifs étaient également constatés dès 6 semaines, notamment sur la puissance maximale (+19,1 W, $p = 0,001$) et le test de marche (+64,6 m, $p = 0,009$), avec un maintien durable à 1 an pour le test de marche (+70,5 m, $p = 0,021$).

Aucune évolution significative n'était observée sur la composition corporelle (IMC, masse grasse, masse maigre, T-score) dans les deux groupes.

Les comparaisons intergroupes ne retrouvaient aucune différence significative majeure entre patients métastatiques et non métastatiques sur les variables principales de condition physique, de fatigue ou de qualité de vie, à chaque temps du suivi.

Conclusion : Un programme structuré d'APA induit des effets précoces et persistants sur la condition physique et le test de marche chez les patients atteints de cancer du poumon, indépendamment du statut métastatique. Ces résultats, obtenus malgré un effectif métastatique restreint, soutiennent l'intégration systématique de l'APA dans les parcours de soins en oncologie thoracique, quel que soit le stade de la maladie.

Conflits d'intérêts : Pas de conflit déclaré

Mots clefs : activité physique adaptée, cancer du poumon, qualité de vie

Appel à communications

Thème :
Sport-Santé

Résumé N° SFMES-SFTS25-109

Un programme de réhabilitation physique par le sport est réalisable et bénéfique à toutes les étapes de la prise en charge des patients atteints d'hémopathies malignes

Tony HUYNH¹, Jennifer ARRONDEAU^{2,3}, Baptiste MAZAS³, Pierre FERRAND³, Clarisse CAZELLES¹, Marguerite VIGNON⁴, Olivier HERMINE¹, Patricia THOREUX³

¹ Hématologie Adultes, Hôpital Necker-Enfants Malades, GHU Paris Centre - APHP Université de Paris Cité,

² Oncologie, Hôpital Cochin, GHU Paris Centre - APHP Université de Paris Cité,

³ Centre d'Investigations en Médecine du Sport – CIMS, Hôpital Hôtel-Dieu, GHU Paris Centre - APHP Université Sorbonne Paris Nord,

⁴ Hématologie Clinique, Hôpital Cochin, GHU Paris Centre – APHP, Université de Paris Cité, Paris, France

Introduction : Les hémopathies malignes regroupent des pathologies très diverses dans leur présentation clinique, leurs complications et leurs modalités de prise en charge. Les traitements altèrent parfois profondément l'état général des patients et nécessitent régulièrement des isolements prolongés. La réhabilitation physique à l'effort représente un enjeu sous-évalué en Onco-Hématologie par manque de données, de limitations logistiques (isolements) et de planification.

Un programme d'activité physique adaptée (APA) a été proposé au sein de notre service chez des patients atteints d'hémopathies malignes. Après une consultation d'inclusion, une première évaluation en Hôpital de Jour a été réalisée (HDJ 1), comprenant un bilan médical, une épreuve d'effort cardio-respiratoire, des tests fonctionnels, des questionnaires de qualité de vie, de fatigue, de dépression et une ostéodensitométrie. Un programme d'APA standard de 6 semaines ou bien un programme individuel pré-greffe a été réalisé en fonction de la situation hématologique. Des réévaluations analogues ont été réalisées à l'issue (HDJ 2), à 6 mois (HDJ 3) et à 1 an (HDJ 4).

L'objectif de cette étude est de montrer la faisabilité et d'évaluer les bénéfices de ce programme chez des patients atteints d'hémopathies malignes.

Méthodes : Dans cette étude rétrospective, nous avons inclus l'ensemble des patients adressés dans le service entre janvier 2023 et février 2025 pour réhabilitation physique dans le cadre de leur hémopathie maligne. Les données analysées comprennent les évaluations cliniques de chaque HDJ ainsi que les caractéristiques hématologiques des patients: hémopathie, statut de la maladie, stade du traitement.

Résultats : La population comprenait 67 patients évalués lors du premier HDJ. Avec un âge médian de 56,5 ans, les patients étaient principalement atteints d'un lymphome (n=32), un myélome multiple (n=20), une leucémie aiguë (n=9), une myélodysplasie (n=4), un déficit immunitaire primitif (n=1) et une myélofibrose (n=1).

Le traitement était terminé pour 25 (37%) patients et en cours pour 21 (31%) patients dont 14 (21%) en entretien. Un (1%) patient n'était pas traité. 8 (12%) patients ont été inclus avant une procédure de thérapie cellulaire et deux d'entre eux ont bénéficié d'un programme individuel de reconditionnement de type préopératoire et 12 (18%) patients ont été inclus à la suite de la procédure de thérapie cellulaire.

A l'issue du programme de 6 semaines, chez 41 patients évalués, on observait une amélioration significative des paramètres cardio-respiratoires sur le VO₂pic (+2.3 mL/min/kg, p < 0.001), la FCmax (+4.6 bpm, p = 0.008) et la

puissance maximale (+18.9 W, $p < 0.001$), une amélioration significative des tests fonctionnels de marche (+46.0 m, $p < 0.001$), de force, de proprioception ainsi que des questionnaires de santé physique et mentale. Chez les patients avec un recul suffisant, les bénéfices étaient maintenus à 6 mois (17 patients) et un an (15 patients), notamment le $VO_2\text{pic}$ (+2.1 mL/min/kg, $p = 0.03$) et le test de marche (+30.8 m, $p = 0.049$). Trois patients ont présenté une contre-indication cardiologique au programme lors de l'épreuve d'effort.

Conclusion : Malgré des contraintes liées à la prise en charge complexe des hémopathies malignes, notre expérience montre qu'une réhabilitation physique adaptée par un programme de 6 semaines ou de type préopératoire avant une thérapie cellulaire est possible chez les patients atteints d'hémopathie maligne à tous les stades de leur prise en charge avec un bénéfice significatif maintenu dans le temps sur les paramètres cardiorespiratoires et fonctionnels.

Conflits d'intérêts : Pas de conflit déclaré

Mots clefs : activité physique adaptée, oncohématologie, réhabilitation physique

Appel à communications

Thème :
Sport-Santé

Résumé N° SFMES-SFTS25-146

Efficacité d'un programme d'Activité Physique Adaptée sur l'amélioration de la qualité de vie liée à la santé des femmes atteintes d'endométriose en Martinique.

Armelle Jean-Etienne¹, Victor Delafosse¹

¹ CHUM martinique, Fort de France, France

Introduction :

JUSTIFICATION / CONTEXTE :

L'Activité Physique Adaptée (APA) peut jouer un rôle dans la gestion des symptômes de l'endométriose. Des études ont montré que l'exercice physique régulier peut aider à réduire la douleur, à améliorer la qualité de vie et à atténuer les symptômes liés aux maladies chroniques.

Or nous savons que les femmes atteintes d'endométriose sont peu nombreuses à avoir une activité physique régulière à cause des douleurs, de la fatigue chronique qui entraînent une limitation d'activité voire un handicap.

Cette étude régionale nous donne l'opportunité d'évaluer l'impact d'une pratique régulière d'APA sur l'amélioration de la qualité de vie et les symptômes des femmes atteintes de l'endométriose.

Méthodes :

OBJECTIF PRINCIPAL :

Évaluer l'efficacité à 12 semaines d'un programme d'Activité Physique Adaptée sur la qualité de vie liée à la santé des patientes atteintes d'endométriose.

CRITÈRES DE JUGEMENT :

Critère de jugement principal : le niveau de qualité de vie liée à la santé mesuré à l'aide du questionnaire EHP-30.

Critères de jugement Secondaires :

-Les douleurs évaluées par Échelle Visuelle Analogique.

-Les capacités fonctionnelles de la condition physique : TA, FC, force musculaire de préhension : hand grip, la souplesse : avec la distance doigt/sol, la capacité de marche avec le test de marche de 6 minutes, l'équilibre unipodal, et la force des membres inférieurs.

-La qualité du sommeil avec le questionnaire : PSQI.

-L'impact psycho socio familial et professionnel (partie 2 du EHP-30 section A et B).

SCHÉMA DE LA RECHERCHE :

Étude interventionnelle, monocentrique de type essai clinique
contrôlé, randomisé, en ouvert, en deux bras parallèles

CRITÈRES D'INCLUSION :

Femme en âge de procréer et majeure,
Diagnostic endométriose clinico-radiologique ou clinico-histologique : laparoscopie avec biopsie ou IRM,
Antécédents de symptômes d'endométriose avant le diagnostic,
Patiente ayant donné un consentement libre, éclairé et écrit.

CRITÈRES DE NON INCLUSION :

Maladie aigüe ou chronique non stabilisée ou orthopédique qui pourrait interférer avec la capacité à participer à un programme d'activité physique,
ECG de repos à l'inclusion en dehors des limites de la normale,
Patientes ayant une pratique en activité physique d'intensité modérée à intense supérieure à 150 minutes par semaine,
Contre-indication absolue à l'activité physique liée à des co-morbidités sévères,

PROCÉDURES DE LA RECHERCHE :

Un groupe avec Activité Physique Adaptée, vs un groupe avec prise en charge usuelle.

Résultats :

TAILLE D'ETUDE :

Nous avons 17 participantes pour le groupe intervention et 34 participantes pour le groupe contrôle soit 51 personnes

ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES :

Les comparaisons de moyennes se feront avec le test de Student ou le test de Mann-Whitney ; les comparaisons de pourcentages se feront avec le test du χ^2 ou le test exact de Fisher.

Conclusion :

RETOMBÉES ATTENDUES :

Améliorer la santé et la qualité de vie des patientes atteintes d'endométriose grâce aux bénéfices d'une pratique en APA régulière.
Introduire l'APA au sein du parcours de soin des patientes en prévention primaire et secondaire.

Conflits d'intérêts : Pas de conflit déclaré

Mots clefs : activité physique adaptée, endométriose, qualité de vie

Appel à communications

Thème :
Sport-Santé

Résumé N° SFMES-SFTS25-174

Effet du renforcement musculaire par électrostimulation combiné à la réhabilitation respiratoire sur la tolérance à l'effort et l'équilibre postural chez des patients atteints de BPCO

Yassine TRABELSI¹, Oussama TABKA¹, Marwa MEKKI¹, Monia ZAOUALI¹

¹Laboratoire de Recherche: "Physiologie de l'Exercice et Physiopathologie : de l'intégré au moléculaire « Biologie, Médecine et Santé » (Code : LR19ES09) Faculté de Médecine de Sousse. Université de Sousse , Sousse , Tunisia

Introduction : Plusieurs travaux de recherche ont mis en évidence une altération de l'équilibre postural chez les patients atteints de La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Afin de réduire cette altération, les chercheurs ont recommandé la réhabilitation respiratoire (RR), seule ou associée à des exercices classiques de renforcement musculaire. Toutefois, l'utilisation de l'électrostimulation (ES) comme moyen de corriger les déficits d'équilibre postural n'a pas encore été explorée. Dans ce contexte, l'objectif de notre étude est d'évaluer l'effet d'un programme de renforcement musculaire par électrostimulation, combiné à la réhabilitation respiratoire, sur la tolérance à l'effort et l'équilibre postural chez ces patients.

Méthodes : L'étude a porté sur un échantillon de 45 sujets âgés de 58 à 68 ans, atteints de BPCO. Vingt-cinq patients (groupe expérimental) ont suivi un programme de renforcement musculaire par électrostimulation (ES) combiné à la réhabilitation respiratoire (RR), tandis que les 20 autres (groupe contrôle) ont suivi uniquement un programme de RR pendant 6 mois. Tous les patients ont réalisé un test de marche de 6 minutes (TM6) ainsi que des évaluations de l'équilibre statique et dynamique avant et après la période de réentraînement à l'effort (REE). Les paramètres de l'équilibre statique ont été évalués à l'aide d'une plateforme de Stabilométrie, permettant d'analyser la stabilité posturale (surface du centre de pression [CdPs]), l'orientation posturale (distance totale parcourue par le CdP dans l'axe médio-latéral [CdP ML] et la distance totale parcourue par le CdP dans l'axe antéropostérieur [CdP AP]). Les paramètres de l'équilibre dynamique ont été évalués à l'aide de "Berg Balance Scale (BBS)" et du test "Timed Up and Go (TUG)".

Résultats : Le groupe expérimental a présenté des améliorations significatives de la tolérance à l'effort, avec une distance parcourue plus grande lors du test de marche de 6 minutes ($619,5 \pm 39,6$ m) par rapport au groupe contrôle ($576,3 \pm 31,5$ m). Des progrès significatifs ont également été observés dans le test "Timed Up and Go", le test "Berg Balance Scale" et la contraction volontaire maximale ($P = 0,02$, $P = 0,01$, $P = 0,0002$, respectivement). En outre, des améliorations significatives ont été constatées dans le centre de pression (COP), tant dans les directions médio- latérale qu'antéro-postérieure, ainsi que dans la surface du COP, avec les yeux ouverts et fermés, pour le groupe expérimental comparé au groupe contrôle ($P < 0,001$).

Discussion : L'augmentation de la distance de marche lors du TM6, accompagnée d'une diminution de la dyspnée, pourrait résulter d'une meilleure adaptation physiologique au REE, se traduisant par une réduction de la production d'acide lactique et une augmentation de la force musculaire des membres inférieurs (Casaburi et al., 1991 ; Sillen et al., 2014). L'amélioration de l'équilibre postural, qu'il soit dynamique ou statique, pourrait quant à elle s'expliquer par une amélioration du fonctionnement du système vestibulaire ainsi qu'une augmentation de la force musculaire des membres inférieurs induite par la RR associé à L'ES (Bourjeily et al., 2002 ; Mignardot et al., 2015).

Conclusion :

L'intégration du renforcement musculaire par ES combiné à la RR s'avère plus efficace pour améliorer la tolérance à l'effort et favoriser un meilleur contrôle de l'équilibre postural chez les patients atteints de BPCO, par rapport à la réhabilitation respiratoire seule. Ces résultats pourraient aider les cliniciens à concevoir des programmes de réhabilitation plus adaptés et plus efficaces pour cette population.

Conflits d'intérêts : Pas de conflit déclaré

Mots clefs : électrostimulation, l'équilibre postural, réhabilitation respiratoire

Appel à communications

Thème :
Sport-Santé

Résumé N° SFMES-SFTS25-108

Prédiction de la capacité maximale aérobie ($\dot{V}O_2\text{max}$) par le test de marche de six minutes chez un public atteint de maladies cardio-vasculaires

Martin Prat¹, Paul Da Ros Vettoretto², Pierre-Yves de Müllenheim¹, Florian Congnard¹, Sandrine Bickert², Bénédicte Noury-Desvaux¹

¹APCoSS, UCO-IFEPSA, ANGERS,

²Centre Hospitalier, CHOLET, France

Introduction : En France, environ 5 millions de personnes sont atteintes de pathologies cardio-vasculaires (Ministère de la Santé, 2024). À la suite du diagnostic, une réadaptation cardiaque est proposée avec pour axe central le réentraînement à l'effort cardio-respiratoire. La capacité cardio-respiratoire (CR), généralement estimée par la consommation maximale d'oxygène ($\dot{V}O_2\text{max}$), constitue un indicateur clé de la capacité fonctionnelle, de la qualité de vie, du risque de récurrence et de mortalité (Mandsager et al., 2018). Le suivi de l'évolution du $\dot{V}O_2\text{max}$ revêt ainsi une importance clinique majeure, cependant, son évaluation directe par épreuve d'effort demeure contraignante en raison de son coût, de sa durée et de la logistique requise, ce qui limite sa fréquence d'utilisation en pratique courante. Le test de marche de six minutes (TM6) constitue une alternative simple, peu coûteuse et largement utilisée pour estimer la CR, avec une corrélation modérée à forte avec le $\dot{V}O_2\text{max}$ (Bellet et al., 2012). Ce test est également pertinent pour évaluer la poursuite d'activité physique à distance de la réadaptation et anticiper le risque de récurrence d'événements cardiovasculaires. Plusieurs auteurs ont proposé des équations prédictives du $\dot{V}O_2\text{max}$ basées sur la distance parcourue au TM6 et sur des paramètres anthropométriques. L'objectif de cette étude est de "cross-valider" les équations prédictives existantes permettant d'estimer le $\dot{V}O_2\text{max}$ à partir du test de marche de 6 minutes (TM6) et de variables anthropométriques chez des patients cardiaques.

Méthodes : Cette étude rétrospective a été menée auprès d'une cohorte de patients ($n=492$; âge : 60 ± 10 ans ; TM6 : $531,3 \pm 69,5$ m ; $\dot{V}O_2\text{max}$: $20,5 \pm 5,1$ ml/min/kg) ayant bénéficié d'un programme de réadaptation cardiaque au CH de Cholet entre octobre 2021 et mars 2025. Les dossiers médicaux ont été examinés de manière systématique afin d'extraire les variables nécessaires à l'application des équations prédictives sélectionnées (distance au TM6, âge, sexe, poids, taille).

Résultats : Les analyses statistiques confirment ces résultats avec une corrélation modérée entre le lien TM6/ $\dot{V}O_2\text{max}$ réel ($r = 0,56$, $p < 0,05$). Mais cette donnée exprime seulement 31% de la variance du $\dot{V}O_2\text{max}$ ($r^2 = 0,31$). L'ensemble des équations prédictives du $\dot{V}O_2\text{max}$ présentent des corrélations modérées avec les valeurs mesurées lors de l'épreuve d'effort (r compris entre 0.50 et 0.59 ; $p < 0.001$). Concernant la précision des estimations, le biais moyen varie selon l'équation entre -10,44 et +9,21 ml/min/kg, l'erreur standard de l'estimation (SEE) entre 4,38 et 11,47 ml/min/kg et l'erreur absolue moyenne en pourcentage (MAPE) entre 16,54 % et 51,10 %.

Discussion : L'équation de Cahalin a montré la plus faible erreur moyenne (- 0.63 ml/min/kg), l'erreur typique d'estimation la plus basse (SEE = 4.38 mL/min/kg) et le plus faible pourcentage d'erreur absolue moyenne (MAPE=16,54%),

suggérant une meilleure concordance avec la mesure de référence même si les résultats ne semblent pas suffisamment précis pour une utilisation individuelle (différence supérieure à 1 MET = 3,5 ml/min/kg).

Conclusion : Au regard des résultats obtenus et des données issues de la littérature, les équations de prédiction du VO₂max intégrant la distance au TM6 ne présentent pas une précision suffisante pour permettre une évaluation fiable et individualisée de la capacité cardio-respiratoire chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires.

Conflits d'intérêts : Pas de conflit déclaré

Mots clefs : Capacité maximale aérobie ; VO₂max ; TM6

Appel à communications

Thème :

Physiologie de l'exercice et du sport

Résumé N° SFMES-SFTS25-169

La fréquence cardiaque de récupération après un test de marche de 6 minutes chez des patients souffrant d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs au Burkina Faso, Afrique subsaharienne

Nafi OUEDRAOGO¹, Wendsèdaté Yves SEMPORE¹, Valentin OUEDRAOGO², Arnaud TIENDREBEOGO³, Zakari NIKIEMA⁴, Pierre ABRAHAM⁵

¹ Laboratoire de Physiologie, Institut Supérieur des Sciences de la Santé, Université Nazi BONI, Bobo-Dioulasso,

² Unité de formation et de recherche en Sciences de la Santé, Université de Ouahigouya, Ouahigouya,

³ Unité de formation et de recherche en Sciences de la Santé, Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou,

⁴ Service d'imagerie, CHU Souro SANOU de Bobo-Dioulasso, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso,

⁵ Service d'explorations fonctionnelles de l'exercice, CHU d'Angers, Angers, France

Introduction : La fréquence cardiaque de récupération (FCR) est un indicateur physiologique qui mesure la vitesse à laquelle la fréquence cardiaque (FC) diminue après un effort physique. Elle traduit la réactivation du tonus parasympathique après l'arrêt de l'effort. Un certain nombre de conditions peuvent la réduire : l'athérosclérose carotidienne, l'ischémie myocardique, l'ischémie des membres inférieurs. En Afrique sub-saharienne, peu de données existent sur la FCR et celles existantes ont concerné la FCR au cours de la maladie coronarienne. Au Burkina Faso, où l'incidence de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) est en constante augmentation, aucune donnée n'a rapporté la relation entre la FCR et l'ischémie des membres inférieurs.

Notre objectif était d'étudier la relation entre la sévérité clinique de l'AOMI et la FCR 1 minute (FCR1) après un test de marche de 6 minutes chez des patients.

Méthodes : Une étude monocentrique, descriptive et transversale a été menée chez les patients adressés pour échographie Doppler artérielle des membres inférieurs au CHU Souro SANOU de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Les patients présentant une AOMI confirmée par l'échographie Doppler, avec un index de pression systolique de cheville (IPSC) < 0,9, ne présentant pas de contre-indication au test de marche de 6 minutes (TM6), classés en 4 groupes selon la classification de Fontaine, ont été inclus dans l'étude. La FC a été relevée au repos, à l'arrêt de la marche et 1 minute après le TM6 grâce à un cardiofréquence-mètre. La FCR 1 après l'exercice a été soustraite de la FC de fin d'exercice. La distance maximale de marche (DMM) a été mesurée à l'arrêt de la marche. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels Epi info version 7.2. et SAS 9.2(32) avec un seuil de significativité $p < 0,05$.

Résultats : Chez 98 patients avec un âge moyen de $53,6 \pm 11,2$ ans, majoritairement des femmes (60,2%), les valeurs moyennes étaient : $0,834 \pm 0,16$ pour l'IPSC, 77 ± 11 bpm pour la FC de repos, 108 ± 14 bpm pour la FC de fin d'exercice, $15 \text{ bpm} \pm 8 \text{ bpm}$ pour la FCR1, 296 ± 95 m pour la DMM. Parmi les groupes de la classification de Fontaine, le groupe I avait une FCR1 de 20 ± 10 bpm et une DMM de 443 ± 59 m, le groupe II avait une FCR1 de 19 ± 8 bpm et une DMM de $333,5 \pm 87$ m, le groupe III une FCR1 de 16 ± 8 bpm et une DMM de 292 ± 85 m et le groupe IV un FCR1 de 11 ± 8 bpm et une DMM de 224 ± 115 mètres ($p < 0,0001$).

Discussion : Les patients du groupe IV présentaient la FCR1 la plus faible (11 ± 8 bpm), alors que ceux du groupe I avaient la FCR1 la plus élevée (20 ± 10 bpm). La DMM était plus petite chez les patients souffrant d'une ischémie plus sévère. Ces résultats suggèrent que la FCR post-exercice est plus lente et moins marquée chez les patients atteints d'ischémie sévère et la claudication intermittente sévère est fortement associée à une réduction de la capacité fonctionnelle ce qui pourrait refléter une plus grande altération de la perfusion périphérique et de la capacité fonctionnelle vasculaire.

Conclusion : La FCR est un outil pronostique dans les populations à risque cardiovasculaire. Les résultats suggèrent que les patients dont la récupération de la fréquence cardiaque est plus lente (indicateur d'une ischémie sévère) ont également une distance de marche plus courte, ce qui confirme l'impact fonctionnel de l'ischémie sur la tolérance à l'exercice. Cela pourrait potentiellement conduire à de meilleures stratégies de gestion des maladies artérielles périphériques basées sur la récupération cardiaque post-exercice dans notre contexte de ressources limitées.

Conflits d'intérêts : Pas de conflit déclaré

Mots clefs : Fréquence cardiaque de récupération, Ischémie, Test de marche de 6 minutes