

Highlights 2005 en médecine physique et réadaptation¹

Marcel Weber^a, Stefan Bachmann^b

^a Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, Stadtspital Triemli, Zürich

^b Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Bewegungsapparates, Rehabilitationszentrum, Klinik Valens

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

Peu avant Noël 2004 a été publié un Supplément contenant les «ICF Core Sets» pour les maladies chroniques [1]. Il s'agissait d'une étape clé dans la classification des maladies, non pas basée sur les diagnostics (ICD), mais fondée sur les capacités fonctionnelles, les limitations physiques et l'état de santé (ICF). Les principaux éléments contenus dans l'imposant catalogue ICF sur les maladies musculosquelettiques chroniques, les lombalgies chroniques, l'arthrose, l'ostéoporose, la polyarthrite rhumatoïde, la cardiopathie ischémique chronique, le diabète, l'obésité, la bronchopneumopathie chronique obstructive, le cancer du sein, la dépression et l'accident cérébrovasculaire offrent un outil pratique pour décrire de façon claire et compréhensible pour les médecins le bien-être, les capacités fonctionnelles et l'autonomie d'un patient.

Lombalgies

Compte tenu de sa fréquence, cette problématique compte incontestablement parmi les thèmes les plus souvent abordés dans les publications. L'année 2005 a ainsi vu la parution de plusieurs travaux scientifiques ayant confirmé des principes thérapeutiques appliqués en Suisse et méritant d'être évoqués.

Un groupe anglais s'est intéressé à la question de la chirurgie de la colonne vertébrale et a examiné un groupe de patients âgés de 18 à 55 ans, souffrant de lombalgies depuis au moins une année et chez qui l'indication à une opération de stabilisation avait été posée [2]. 176 patients ont subi une stabilisation chirurgicale de la colonne lombaire, tandis que 173 patients ont suivi un programme intensif de réhabilitation en milieu hospitalier. Les scores moyens du Pain Disability Index (PDI) ont passé de 46,5 à 34 points dans le groupe opéré et de 44,8 à 36,1 points dans le groupe en réhabilitation, ce qui correspond à une différence statistique de $p = 0,045$ en faveur du groupe opéré. Aucune différence n'est en revanche apparue entre les deux groupes pour les autres paramètres, notamment le Shuttle Walking Test. Les auteurs en ont conclu qu'il n'est pas

prouvé que la fusion spinale opératoire soit supérieure à un programme intensif de réhabilitation. Un second article consacré à une analyse du rapport coûts/bénéfices a rapporté une différence significative sur le plan du coût du traitement en faveur de la réhabilitation. Le calcul des QALY (quality adjusted life years) n'a pas montré de différences significatives entre les deux groupes [3].

Les résultats à dix ans de la «Maine Lumbar Spine Study» sur le canal lombaire étroit sont intéressants [4]. 97 des 123 patients encore en vie (79%) ont pu être interrogés huit à dix ans après le traitement. 56 d'entre eux avaient initialement subi une intervention chirurgicale et 41 avaient bénéficié d'un traitement conservateur. Les différences observées en faveur du traitement chirurgical lors des contrôles à un et à quatre ans n'étaient plus présentes huit à dix ans plus tard. L'amélioration constatée dans le groupe des patients opérés au niveau des lombalgies et du symptôme qui prédominait auparavant, c'est-à-dire les douleurs lombaires ou les irradiations douloureuses des membres inférieurs, était par ailleurs comparable dans les deux groupes. Le groupe des patients qui avaient été opérés a eu de meilleurs résultats en ce qui concerne les irradiations douloureuses dans les membres inférieurs. 23% des patients opérés par le passé et 39% des patients non opérés ont dû subir une (nouvelle) intervention chirurgicale par la suite. Ces deux études montrent bien que l'indication opératoire, en l'occurrence la stabilisation chirurgicale, doit être posée de façon très soignée et très prudente, comme c'est le cas dans la plupart des centres suisses. Une réhabilitation intensive a de grandes chances de succès.

Un travail consacré aux lombalgies chroniques et ayant inclus 93 sujets a étudié les effets d'un programme de motivation des patients en vue d'un entraînement régulier [5]. Il ne s'agissait pas seulement de donner une information exhaustive, mais aussi de la renforcer par des feedbacks positifs; un «contrat» d'entraînement constituait une composante importante pour les patients du groupe «motivation». Les auteurs ont constaté une amélioration fonctionnelle significative lors des contrôles effectués à trois semaines et demie, quatre mois, douze mois et cinq ans dans les deux groupes, dont l'un avait simplement suivi le programme d'entraînement classique et l'autre avait de plus bénéficié du programme de motivation. L'effet cumulé de l'entraînement a été doublé dans le groupe avec programme de mo-

¹ Cet article prévu pour les Highlights 2005 paraît en retard, suite à une erreur de la rédaction. Nous prions les auteurs de nous en excuser.

tivation par rapport au groupe contrôle. En ce qui concerne la capacité de travail, on n'a pu mettre en évidence l'effet bénéfique significatif du traitement que dans le groupe ayant suivi le programme de motivation. Aucun effet n'a en revanche été observé dans le groupe contrôle. En termes d'intensité des douleurs, le groupe ayant suivi le programme de motivation a eu de meilleurs résultats que le groupe ayant uniquement suivi l'entraînement. Cette étude confirme que la motivation à effectuer un entraînement régulier joue un rôle central. Peut-être faudrait-il plus souvent conclure des «contrats» avec les patients.

Une étude suisse, randomisée et contrôlée sur 176 patients souffrant de lombalgies chroniques non spécifiques a montré qu'une réhabilitation en milieu hospitalier axée sur les capacités fonctionnelles est significativement plus efficace dans ce groupe de population qu'un traitement antalgique purement symptomatique, non seulement en termes de performances fonctionnelles et de soulagement de la douleur, mais aussi du point de vue du nombre de jours d'incapacité de travail après la réhabilitation [6]. On a enregistré chez les patients qui avaient bénéficié d'une réhabilitation fonctionnelle 26 journées de travail à trois mois contre 16 seulement dans le groupe post-traitement uniquement symptomatique. Ce résultat mérite une attention toute particulière, car il correspond précisément aux conditions que nous vivons dans le terrain. Dans les études antérieures, on n'était pas vraiment parvenu à tirer des conclusions claires quant aux effets d'un programme de réhabilitation sur la capacité de travail. Il s'est d'ailleurs avéré, lorsqu'on considère le problème sous l'angle financier, qu'une prise en charge orientée sur une réhabilitation intensive est économiquement extrêmement intéressante.

Une méta-analyse sur la thérapie par l'activité et le mouvement des douleurs lombaires non spécifiques a confirmé une nouvelle fois qu'une approche proactive de la lombalgie est une bonne option [7]. Onze études randomisées contrôlées sur la lombalgie aiguë, six sur la lombalgie subaiguë et 43 sur la lombalgie chronique (6390 patients au total) ont fait l'objet d'une revue détaillée. Comme dans l'immense majorité des travaux réalisés sur le symptôme hétérogène «lombalgie», presque toutes les études considérées se sont trouvées dans l'impossibilité de mettre en évidence des différences significatives entre les groupes de traitement. Cette méta-analyse a cependant observé dans la lombalgie chronique un léger avantage en faveur de la thérapie active par le mouvement sur le plan des douleurs et de l'amélioration fonctionnelle; il existe dans la lombalgie subaiguë de forts indices soutenant l'efficacité d'un programme d'activité physique dans l'optique de l'amélioration de la capacité de travail, alors qu'aucun avantage n'a pu être

démonstré pour la gymnastique active dans la lombalgie aiguë par rapport à l'abstinence thérapeutique ou à d'autres méthodes de traitement conservateur.

Neuroréhabilitation

Une étude comparative entre les résultats obtenus dans une institution américaine de neuroréhabilitation renommée et ceux constatés dans une clinique de réhabilitation bien connue de Suisse a révélé des différences surprenantes [8]. Les collectifs de patients et les infrastructures des deux établissements étaient comparables. En Suisse, la réhabilitation commence toutefois, après la lésion, pratiquement lorsque les patients américains quittent déjà le programme d'entraînement (22 vs 24 jours après l'événement qui était à l'origine de la lésion). En Suisse, le traitement hospitalier (hospitalisation en phase aiguë et séjour en clinique de réadaptation) durait en moyenne 40 jours de plus qu'aux Etats-Unis. Les patients réhabilités dans l'établissement suisse avaient en revanche des capacités fonctionnelles significativement meilleures à l'issue du programme que leurs contreparties américaines. Selon les auteurs, ce résultat fonctionnel supérieur après la phase de réhabilitation aurait pour effet de réduire la mise à contribution ultérieure du système de santé, si bien que l'évolution à long terme serait plus économique malgré la prolongation de la phase d'hospitalisation initiale.

Réhabilitation cognitive

Une méta-analyse sur 87 études a confirmé les données soutenant l'utilité des thérapies cognitivo-linguistiques chez les patients victimes d'un accident cérébrovasculaire de l'hémisphère gauche [9]. Des effets favorables ont aussi pu être mis en évidence après l'entraînement dans les cas d'apraxie consécutive à un AVC de l'hémisphère gauche. La réhabilitation spatio-visuelle est supérieure à l'attitude simplement expectative dans la négligence visuelle après AVC de l'hémisphère droit. Dans les traumatismes crâniocérébraux, l'entraînement stratégique de la mémoire, de l'attention et de la communication fonctionnelle s'est avéré utile. Cette étude parle en faveur de la conception classique selon laquelle une réhabilitation intensive, y compris cognitive, est indiquée après un AVC ou une lésion par traumatisme crânio-cérébral.

Ostéoporose

La relation entre la condition physique (force, vitesse) et la densité osseuse a été examinée dans un collectif de 116 femmes ménopausées, âgées

en moyenne de 68,3 ans et ne prenant aucun médicament susceptible d'agir sur le métabolisme osseux, en particulier une thérapie hormonale de substitution [10]. Une plus grande longueur de foulée, une vitesse de marche normale plus rapide et une vitesse de marche rapide accélérée étaient significativement corrélées avec la masse osseuse du corps entier et la densité osseuse du col fémoral, ainsi qu'avec la densité minérale osseuse au niveau de la colonne lombaire pour la marche rapide. Les personnes capables de se tenir plus longtemps sur un pied avaient une plus grande densité minérale au niveau du col fémoral et celles qui avaient une plus grande force de préhension avaient une plus forte densité osseuse au niveau du corps entier et du poignet. Le temps requis pour passer de la position assise à la position debout était le seul paramètre à ne pas être corrélé avec la densité osseuse. La conclusion tirée à la suite de cette étude est qu'il est possible d'estimer la densité osseuse à partir d'une évaluation fonctionnelle physique soigneuse. L'une des implications pratiques pourrait être l'utilisation thérapeutique de la longueur des foulées, bien qu'il n'existe à ce jour encore aucune évidence conclusive dans ce domaine.

Arthrose

On attend toujours une meilleure base des preuves dans le domaine du traitement conservateur de l'arthrose. Les recommandations EULAR ont fait la synthèse de l'ensemble des résultats et observations disponibles. Elles ont été complètement réactualisées en 2005. Le sulfate de chondroïtine a connu à cette occasion une réappréciation au niveau d'évidence A, suite aux résultats d'une étude publiée par une équipe du Centre hospitalier universitaire de Zurich [11]. Un petit travail sur le traitement de mobilisation active n'a pas trouvé d'effets positifs dans la gonarthrose [12]. La confrontation des résultats de 35 études randomisées contrôlées sur la gonarthrose a en revanche trouvé une évidence en faveur des exercices de renforcement du quadriceps et de la marche aérobie [13], ce qui renforce l'intérêt des traitements de physiothérapie active et de l'auto-entraînement.

Références

- 1 Stucki G, Grimby G. ICF core sets for chronic conditions. *J Rehabil Med* 2004;(44 Suppl):1–141.
- 2 Fairbank J, Frost H, Wilson-MacDonald J, et al. Randomised controlled trial to compare surgical stabilisation of the lumbar spine with an intensive rehabilitation programme for patients with chronic low back pain: the MRC spine stabilisation trial. *BMJ* 2005;330:1233–9.
- 3 Rivero-Arias O, Campbell H, Gray A, et al. Surgical stabilisation of the spine compared with a programme of intensive rehabilitation for the management of patients with chronic low back pain: cost utility analysis based on a randomised controlled trial. *BMJ* 2005;330:1239–43.
- 4 Atlas SJ, Keller RB, Wu YA, et al. Long-term outcomes of surgical and nonsurgical management of lumbar spinal stenosis: 8 to 10 year results from the Maine lumbar spine study. *Spine* 2005;30:936–43.
- 5 Friedrich M, Gittler G, Arendasy M, Friedrich KM. Long-term effect of a combined exercise and motivational programme on the level of disability of patients with chronic low back pain. *Spine* 2005;30:995–1000.
- 6 Kool JP, Oesch PR, Bachmann S, et al. Increasing days at work using function-centered rehabilitation in nonacute nonspecific low back pain: A randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86:857–64.
- 7 Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara AV, Koes BW. Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain. *Ann Intern Med* 2005;142:765–75.
- 8 Stuar M, Ryser Ch, Levitt A, Beer S, et al. Stroke Rehabilitation in Switzerland versus the United States: a preliminary comparison. *Neurorehabil Neural Repair* 2005;19:139–47.
- 9 Cicerone KD, Dahlberg C, Malec JF, et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 1998 through 2002. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86:1681–92.
- 10 Lindsey C, Brownbill RA, Bohannon RA, Ilich JZ. Association of physical performance measures with bone mineral density in postmenopausal women. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86:1102–7.
- 11 Michel BA, Stucki G, Frey D, et al. Chondroitins 4 and 6 sulfate in osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum* 2005;52:779–86.
- 12 Bennell KL, Hinman RS, Metcalf BR, et al. Efficacy of physiotherapy management of knee joint osteoarthritis: A randomised, double-blind, placebo controlled trial. *Ann Rheum Dis* 2005;64:906–12.
- 13 Roddy E, Zhang W, Doherty M. Aerobic walking or strengthening exercise for osteoarthritis of the knee? A systematic review. *Ann Rheum Dis* 2005;64:544–8.

Dr Marcel Weber
Klinik für Rheumatologie
und Rehabilitation
Stadtspital Triemli
Birmensdorferstrasse 497
CH-8063 Zürich
marcel.weber@triemli.stzh.ch

Dr Stefan Bachmann
Klinik für Rheumatologie
und Rehabilitation des
Bewegungsapparates
Rehabilitationszentrum
CH-7317 Valens
s.bachmann@klinik-valens.ch