

Et ailleurs...?

Antoine de Torrenté

Arthrose de hanche: physiothérapie?

La question

L'arthrose de hanche est une affection musculosquelettique extrêmement répandue. Avant une intervention chirurgicale éventuelle, des traitements de physiothérapie sont traditionnellement prescrits pour lutter contre la douleur et améliorer si possible la mobilité. Ces traitements peuvent prendre plusieurs aspects: traitements manuels avec massage et étirements musculaires, éducation, exercices à domicile. L'effet placebo de ces manœuvres est probablement grand et la comparaison entre une physiothérapie «active» et des manœuvres placebo n'a pas été faite. Existe-t-il vraiment un effet supplémentaire de la physiothérapie comparée au placebo? Cette question est importante au vu des coûts relativement élevés de la physiothérapie.

La méthode

Cette étude teste l'hypothèse que les traitements de médecine physique sont supérieurs à des «pseudo»-traitements (effet placebo). Les participants avaient >50 ans avec une arthrose confirmée radiologiquement et avec des douleurs moyennes ≥ 40 mm sur une échelle visuelle analogique de 0 à 100 depuis au moins trois mois. La physiothérapie a été administrée par des thérapeutes confirmés: manipulation de l'articulation, étirements musculaires, mobilisation de la colonne lombaire, massage profonds une fois par semaine pendant 10 semaines. Des exercices journaliers à domicile ont également été prescrits. L'intervention inactive a consisté en application d'ultrasons avec machine arrêtée

et application d'un gel neutre. L'étude a duré 13 semaines. Les issues primaires étaient l'intensité moyenne des douleurs la dernière semaine de l'étude et la capacité fonctionnelle jugée par un score de 17 items développé par les Universités de l'Ontario et de McMaster.

Les résultats

Sur 1339 patients contactés, seuls 49 ont été randomisés dans le groupe actif et 53 dans le groupe placebo. 94% ont terminé l'étude. Le groupe actif a vu les douleurs baisser de 58,8 à 40 mm et le groupe placebo de 58 à 35,2 mm. Une baisse de 18 mm est considérée comme le seuil minimal d'amélioration clinique. Les scores fonctionnels ne diffèrent pas entre les deux groupes.

Les problèmes

Il semble que pour une affection aussi fréquente l'incorporation dans l'étude ait été très faible. Mais les critères de sélection étaient très sévères ce qui ajoute à la crédibilité des résultats pour la population étudiée.

Commentaires

Il semble donc bien l'intervention placebo soit aussi efficace voire meilleure sur la douleur. Il peut aussi s'agir d'une erreur de type I. En tous cas, la physiothérapie n'apporte pas dans cette population un bénéfice ni sur la douleur ni sur la fonction. Le contact «placebo» avec un physiothérapeute attentif mais non interventionniste semble aussi efficace que des méthodes actives. Comment rembourser ces contacts?

Bennell KL, et al. JAMA. 2014;311:1987-97.

AVC sur sténose artérielle intra-crânienne: traitement médical intensif avec ou sans stent?

451 patients avec une attaque ischémique transitoire ou un AVC dû à une sténose artérielle intra-crânienne de 70 à 99% ont été randomisés. Un groupe de 227 patients a reçu un traitement médical intensif (antiplaquettaire, traitement des facteurs de risque cardiovasculaire) et un autre de 224 patients a reçu le même traitement avec, en plus, un stenting de la lésion responsable. Sur un suivi médian de 32 mois, une récurrence d'AVC ou de décès est survenu chez 15% du groupe médical seul et 23% du groupe avec stent. Encore une fois, les traitements invasifs de lésions artérielles ne sont pas toujours favorables. Aucun avantage non plus pour les sténoses des artères rénales.

Derdeyn C, et al. Lancet. 2014;383:333-41.

Inhibiteur de l'aromatase pour la prévention du cancer du sein?

L'aromatase est un enzyme qui synthétise les œstrogènes à partir d'androgènes. Les inhibiteurs de l'aromatase diminuent les récurrences de cancers du sein et l'apparition de cancers contralatéraux. Dans cette étude, près de 2000 femmes postménopausiques à haut risque de cancer (histoire familiale, carcinomes in situ...) ont reçu de l'anastrozole (Arimidex®) 1 mg/j pendant 5 ans et

environ 2000 un placebo. 2% des femmes sous anastrozole ont développé un cancer contre 4% sous placebo, RR 0,47, $p < 0,0001$. Mais: pas de réduction de la mortalité, suivi relativement court et des effets secondaires assez importants notamment vasomoteurs. Le tout est de sélectionner les femmes qui vont bénéficier, notamment celles qui ont tumeurs à récepteurs œstrogéniques positifs.

Cuzick J, et al. Lancet. 2014;383(9922):1041-8.

doi: 10.1016/S0140-6736(13)62292-8.

Nouvelles recommandations de l'Am. Coll. Cardiol et de l'Am. Heart Ass. Contestables?

Les nouvelles recommandations de l'ACC/AHA ont déjà fait couler beaucoup d'encre. Quelques chiffres percutants encore: (1.) En suivant les anciennes recommandations, 43,2 millions d'Américains devraient prendre des statines. (2.) En suivant les nouvelles recommandations, ce chiffre monte à 56 millions soit 12,8 millions de plus, en majorité dans la population de 60 à 75 ans. (3.) Les nouvelles recommandations devraient théoriquement prévenir 475 000 événements cardiovasculaires en 10 ans. Ces nouvelles recommandations sont certainement excessives comme le montre l'examen critique de la cohorte Colaas (Prof. G. Waerber), texte qui sera prochainement publié dans l'*European Heart Journal*. Encore une surmédicalisation mais qui rapporte...

Physician's First Watch. 2014; March 20.