

Clinique : nouvelles brèves

Réadaptation ou intervention chirurgicale pour la lombalgie :

Bien qu'une intervention chirurgicale avec prothèse discale pour les cas de lombalgie chronique causée par une maladie discale dégénérative ait entraîné une amélioration considérablement accrue du score d'incapacité, les auteurs de cet essai à répartition aléatoire ont conclu qu'il est raisonnable d'envisager un programme de réadaptation avant la chirurgie. Les 173 participants à cette étude avaient des antécédents d'au moins un an d'une lombalgie chronique, avaient reçu au moins six mois de traitements de physiothérapie ou de chiropratique sans succès, avaient une incapacité telle que définie par un score de plus de 30 sur l'échelle fonctionnelle d'Oswestry et présentaient des modifications dégénératives sur un ou deux niveaux inférieurs du rachis. Ils ont été répartis de façon aléatoire pour recevoir une prothèse discale par intervention chirurgicale ou pour suivre un traitement de réadaptation externe (environ 60 heures sur une période de trois à cinq semaines) et ont été suivis pendant deux ans. On a noté des différences considérables en faveur de la chirurgie pour plusieurs critères d'évaluation secondaires, tels que la satisfaction à l'égard des résultats après deux ans (63% pour l'intervention chirurgicale, 39% pour la réadaptation). La différence moyenne de l'indice fonctionnel d'Oswestry (la principale mesure de résultats) de -8,4 (intervalle de confiance [IC] à 95%, de -13,2 à -3,6) en faveur de la chirurgie était inférieure à la différence de 10 points que l'étude était en mesure de détecter, de sorte que cette différence peut ne pas être importante au plan clinique. Les auteurs ont noté que l'intervention chirurgicale était associée à des complications potentiellement graves et que le groupe qui avait reçu un traitement de réadaptation s'était considérablement amélioré, sans ces risques ajoutés. Le taux de croisement pour la chirurgie était de 6% et le taux d'abandon était de

20%. Voir *BMJ* 2011;342:d2786 doi:10.1136/bmj.d2786.

Réadaptation après un AVC à l'aide d'un tapis roulant avec soutien du poids corporel :

Pour les patients qui ont subi un accident vasculaire cérébral, l'entraînement locomoteur, notamment l'utilisation d'un soutien du poids corporel sur un tapis roulant, n'est pas supérieur à l'exercice progressif à la maison avec prise en charge par un physiothérapeute. Telle est la conclusion d'un essai à répartition aléatoire mené auprès de 408 participants présentant une faiblesse résiduelle des jambes secondaire à un AVC qui s'était produit dans les deux mois précédant le début de l'étude. Les participants ont été répartis au hasard dans trois groupes : 1) exercices progressifs à la maison sous la supervision d'un physiothérapeute deux mois après un AVC; 2) entraînement locomoteur précoce (deux mois après un AVC); 3) entraînement locomoteur tardif (six mois après un AVC). Après un an, 52% de tous les participants avaient amélioré leur capacité de marche fonctionnelle, et aucune différence significative dans l'amélioration n'a été notée chez ceux qui avaient été assignés aux exercices à domicile ou à un entraînement locomoteur précoce ou tardif. Les participants qui ont commencé la réadaptation après deux mois ont enregistré des améliorations précoces dans les résultats fonctionnels et locomoteurs, lesquelles étaient soutenues après un an. Des étourdissements et des évanouissements ont été plus fréquents, cependant, dans les groupes assignés à un entraînement locomoteur, et l'on a noté une augmentation des chutes multiples chez ceux qui ont commencé un entraînement locomoteur précoce. Les auteurs font remarquer que les exercices supervisés à la maison présentaient moins de risques et étaient peut-être plus faciles. Voir *N Engl J Med* 2011;364:2026-36.

Effets d'une alimentation à très faible contenu énergétique sur l'apnée obstructive du sommeil :

Une amélioration initiale des apnées obstructives du sommeil, après une perte de poids découlant d'un régime alimentaire à très faible contenu énergétique, peut être maintenue après un an chez des hommes obèses. Dans le cadre d'une étude observationnelle prospective menée en Suède, 63 hommes ayant un indice de masse corporelle entre 30 à 40 et ayant des apnées obstructives du sommeil modérées à graves (traitées par une pression positive continue des voies respiratoires) se sont vu prescrire un régime alimentaire à très faible teneur énergétique. Le régime consistait en sept semaines d'une diète liquide de 2,3 MJ/j (environ 475 kcal), deux semaines d'introduction progressive d'une alimentation normale (pour atteindre 6,3 MJ/j ou 1500 kcal), suivies d'un programme d'amaigrissement d'entretien, pour une durée totale d'une année. Au départ, l'indice moyen d'apnée-hypopnée était de 36 événements/h. Après l'achèvement de la période de régime à très faible teneur énergétique, cet indice s'est amélioré à -21 événements/h (IC à 95%, de -17 à -25), et l'amélioration était soutenue à un an (-17 événements/h, IC à 95%, de -13 à -21), par rapport aux valeurs initiales. La perte de poids moyenne pendant l'année était de 12 kg. Ceux qui ont perdu le plus de poids ou qui avaient des apnées obstructives graves à l'inclusion dans l'étude ont bénéficié le plus du traitement. Après une année, près de la moitié des participants n'avaient plus besoin de pression positive continue des voies respiratoires et 10% ont connu une rémission complète des apnées obstructives du sommeil. Environ 70% (44/63) des participants ont terminé le programme complet. L'étude était limitée en raison de l'absence d'un groupe témoin. Voir *BMJ* 2011;342:d3017 doi:10.1136/bmj.d3017.