

Lu pour vous

Patrick Colné^a, Jean-Louis Estrade^b, Jean-Luc Nephtali^c

^a21, rue Père-Corentin, 75014 Paris, France

^bChemin du Postillon, 36100 Issoudun, France

^c11, rue Bachelet, 75018 Paris, France

Renforcement musculaire encadré ou auto-rééducation après acromioplastie sous arthroscopie : un essai contrôlé randomisé

■ Holmgren T, Oberg B, Sjöberg I, Johansson K. Supervised strengthening exercises versus home-based movement exercises after arthroscopic acromioplasty: a randomized clinical trial. *J Rehabil Med* 2012;44(1):12-8.

Contexte et objectif

Lorsque le traitement conservateur échoue, une acromioplastie sous arthroscopie est parfois indiquée chez les patients souffrant de douleurs de l'épaule imputables à un conflit sous-acromial. Le but de cette intervention chirurgicale est de retirer ce qui est supposé favoriser la pathologie (bursectomie, section du ligament coraco-acromial, rabotage de la face inférieure de l'acromion), alors que la rééducation postopératoire se propose de restaurer la fonction de l'épaule et de prévenir les récurrences.

Plusieurs programmes de rééducation ont été ainsi proposés sans que les différentes approches aient pu être évaluées et comparées.

Le but de cette étude était d'évaluer et de comparer l'efficacité de deux stratégies de rééducation postopératoire : rééducation encadrée par un kinésithérapeute, incluant des exercices de renforcement des muscles de la coiffe des rotateurs et des stabilisateurs de la scapula, par rapport à des exercices d'automobilisation à pratiquer au domicile (pratique couramment proposée après acromioplastie selon les auteurs).

Auteur correspondant : 11, rue Bachelet, 75018 Paris, France.

Adresse e-mail : jeanluc.nephtali@gmail.com (J.-L. Nephtali)

Participants

Trente-six patients de 30 à 65 ans ont participé à cette étude. Un orthopédiste a suivi différents critères pour l'indication chirurgicale : *impingement test* de Neer positif (injection d'anesthésique local dans la bourse sous-acromiale), douleur d'une durée minimale de 6 mois, aucun résultat ou résultats non satisfaisants après 3 mois de rééducation et une localisation douloureuse caractéristique (dermatome C5).

Un kinésithérapeute a évalué les patients une semaine environ avant l'intervention. L'examen comprenait les tests cliniques de Neer, Hawkins-Kennedy, Jobe et la recherche d'un arc douloureux. Trois tests positifs permettaient l'inclusion à l'essai.

Les critères d'exclusion étaient : instabilité de l'épaule, problèmes cervicaux, polyarthrite rhumatoïde, capsulite, arthrose gléno-humérale, fibromyalgie.

Méthode

Après l'intervention chirurgicale, les patients ont été répartis aléatoirement en deux groupes : un groupe « rééducation encadrée par un kinésithérapeute » ($n = 13$, groupe PT : *PT supervised rehabilitation*), ou un groupe « conseils et auto-rééducation » ($n = 16$, groupe H : *Home-based*).

Durant la première semaine postopératoire, les deux groupes ont suivi le même programme d'auto-rééducation à pratiquer au domicile, dans le but d'améliorer les amplitudes de l'épaule et de stimuler la circulation locale (exercices actif-aïdés pour la flexion, abduction, rotations interne et externe, exercices actifs de rétraction des scapula). Ce travail était pratiqué quotidiennement deux fois par jour. Des conseils d'économie concernant le port de charges lourdes et les activités sollicitant le bras en hauteur ont été prodigués.

Les prises en charge ont différé à l'issue de cette première semaine.

Exercices pour le groupe « rééducation encadrée » (groupe PT)

Cette rééducation a comporté 4 phases :

- phase 1 (semaine 2) : correction posturale avec rétraction et abaissement des épaules. Mouvements actifs en flexion, abduction et rotations ;
- phase 2 (semaine 3) : renforcement isométrique manuel des muscles de la coiffe des rotateurs et des stabilisateurs de la scapula, épaule en position neutre. Rotation externe en dynamique contre pesantier, étirements postérieurs de l'épaule ;
- phase 3 (semaine 4) : renforcement dynamique contre résistance élastique ou avec charges (rotations, élévation de 0–45°, rétraction et protraction scapulaire). Étirements postérieurs ;
- phase 4 (semaines 6–8) : renforcement des muscles de la coiffe et des muscles scapulaires contre résistance élastique ou avec charges, dans différentes positions de l'épaule en progression jusqu'à 90° d'abduction. Augmentation graduelle des résistances. Étirements postérieurs de l'épaule.

(Semaines 9–12) : progression vers des exercices plus complexes et plus fonctionnels adaptés aux activités professionnelles et de loisirs de chaque patient.

Les séances, supervisées par un kinésithérapeute avec au moins 5 ans d'expérience, duraient 30 minutes et étaient pratiquées deux fois par semaine pendant 8 semaines. Entre les séances, les patients devaient s'astreindre à un programme quotidien d'auto-rééducation. Après ces 8 semaines, les patients devaient continuer les exercices au domicile pendant les 3 mois de suivi. Un minimum de 12 séances devaient avoir été pratiquées.

Exercices pour le groupe « auto-rééducation » (groupe H)

Les patients de ce groupe ont continué les exercices proposés lors de la

première semaine après l'intervention jusqu'au troisième mois sans exercice supplémentaire et sans progression.

Les évaluations ont porté sur la douleur et la fonction de l'épaule par le score de Constant-Murley (CM : critère de jugement principal) et le questionnaire DASH (*Disabilities of the Arm Shoulder, and Hand*), ainsi que sur la qualité de vie. Les patients ont été évalués à l'inclusion, à une semaine postopératoire, à 1 mois, 2 mois, 3 mois, et 6 mois.

Résultats

Score de Constant-Murley

Les patients du groupe PT ont présenté, à 6 mois, une amélioration plus importante au score de CM (de 47 à 73 points) comparé au groupe H (de 46 à 59,1 points). À l'issue de la période de traitement (3 mois), la différence entre les groupes au score de CM a été de 14,2 points en moyenne en faveur du groupe PT.

Questionnaire DASH (un score faible indique une meilleure fonction)

Le groupe PT a eu également une amélioration globale au score DASH en passant de 36 points à l'inclusion (en préopératoire) à 12 points à 6 mois de suivi, par rapport au groupe H qui améliore de 38 à 25 points. À 6 mois, la différence entre les groupes au DASH était de 13,4 points en faveur du groupe PT.

Douleur et la qualité de vie

Les deux groupes ont montré une diminution de la douleur et une amélioration de la qualité de vie au cours du temps, sans qu'il y ait de différence significative entre les groupes.

Conclusion des auteurs et limitations

La rééducation encadrée par un kinésithérapeute, comprenant des exercices de renforcement musculaire de la coiffe des rotateurs et des stabilisateurs de la scapula, semble être supérieure à des exercices d'auto-mobilisation pratiqués au domicile, pour améliorer la fonction de l'épaule après une acromioplastie sous arthroscopie.

Les auteurs soulignent l'intérêt d'un travail musculaire dosé mais précoce par rapport à un travail uniquement axé sur la mobilité.

Une des limitations de l'étude est la différence d'attention et de suivi, le groupe PT ayant eu un plus grand nombre de consultations. Les patients du groupe H n'ont rencontré les thérapeutes que lors

des évaluations et ont reçu un appel téléphonique à 2 semaines pour les encourager dans leur auto-rééducation. Les résultats positifs du groupe PT pourraient ainsi être attribués à une combinaison de l'effet placebo, de l'attention du thérapeute, et de l'effet spécifique des exercices. Cependant, selon les auteurs, l'auto-rééducation étant une pratique courante après acromioplastie arthroscopique, leur objectif était d'évaluer et de comparer les deux types de prise en charge.

Jean-Luc Nephthali

Effet du désencombrement dans la mucoviscidose

La kinésithérapie respiratoire est largement utilisée chez les personnes atteintes de mucoviscidose afin de dégager le mucus des voies respiratoires.

L'objectif du travail de la *Cochrane Library* réalisé par Warnock, Gates et Van der Schans [1] était de déterminer l'efficacité de la kinésithérapie respiratoire par rapport à l'absence de traitement ou de la toux spontanée seule sur l'amélioration de la clairance du mucus dans la mucoviscidose.

Les auteurs ont réalisé une recherche automatique dans les bases de données électroniques et une recherche manuelle de revues, de livres pertinents et d'abstracts de comptes rendus de conférences. Les dates de recherche vont de 1995 à février 2013. Les études cliniques randomisées ou quasi randomisées comparant la kinésithérapie de désencombrement des voies respiratoires par rapport à l'absence de traitement de physiothérapie ont été retenues.

Deux auteurs ont évalué indépendamment l'éligibilité de l'étude, les données extraites et la qualité des études.

Les recherches ont identifié 144 études, dont 8 études croisées répondaient aux critères d'inclusion (96 participants). Les techniques de drainage analysées étaient le drainage autogène, la kinésithérapie respiratoire conventionnelle (incluant le drainage postural, les percussions thoraciques manuelles, les vibrations et la toux dirigée), les techniques d'expirations forcées (FET : *forced expiration technique*), l'*active cycle of breathing techniques* (ACBT composée de ventilation contrôlée, de techniques d'expirations forcées et d'exercices d'expansion thoracique), la pression expiratoire positive oscillante (utilisation du cornet ou du flutter), les pressions

expiratoires positives continues (non détaillées, pressions variant de 10 à 25 cm H₂O), les pressions expiratoires positives à haute pression (hPEP pressions variant de 40 à 100 cm H₂O) et la veste vibrante (HFCC : *high frequency chest compression*).

La grande hétérogénéité des résultats n'a pas permis d'effectuer de méta-analyse. Quatre études portant sur 28 participants, ont montré une plus grande quantité de sécrétions pendant la kinésithérapie respiratoire par rapport à un groupe témoin. Une étude portant sur 18 participants, n'a signalé aucune différence significative du poids des expectorations. Cinq études analysent la clairance par traceur radioactif : dans 3 de ces études (28 participants), la kinésithérapie associée à une toux, entraînent une augmentation de la clairance par rapport à une période de contrôle ; une étude (12 participants) montre une augmentation de la clairance par rapport au groupe témoin, et l'étude restante (8 participants) n'a montré aucune différence significative pour la clairance entre la kinésithérapie respiratoire, par rapport à la période de contrôle.

Les résultats de cette analyse montrent que les techniques de désencombrement des voies respiratoires ont des effets à court terme sur l'augmentation du transport de mucus. Aucune preuve n'a été trouvée pour tirer des conclusions concernant les effets à long terme. De manière complémentaire et avec la même conclusion, une revue systématique réalisée par Flume et al. [2] non citée par la précédente analyse avait identifié 7 revues et 13 études contrôlées additionnelles sur les techniques permettant d'améliorer le drainage des voies aériennes dans la mucoviscidose. Les auteurs ont réalisé 6 tableaux de synthèse très didactiques ; le tableau 6 qui donne les indications des techniques en fonction de l'âge et de l'état du patient est particulièrement intéressant et novateur. Les auteurs recommandent la pratique régulière du désencombrement bronchique, sans que l'efficacité d'une des techniques étudiées se dégage.

McKoy [3] dans une analyse plus récente de la *Cochrane Library* conclut que les preuves sont insuffisantes pour appuyer ou rejeter l'utilisation de l'ACBT sur toute autre thérapie de désencombrement des voies respiratoires. Cinq études, avec cinq comparateurs différents (préférence du patient, la fonction

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2622756>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2622756>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)