



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Spondyloarthrites. La rééducation : pour qui, quand, comment ?



Spondyloarthritis. Rehabilitation: For who, when, how?

Johann Beaudreuil*, Jean-Jacques Gallou

Service de rhumatologie, pôle appareil locomoteur, hôpital Lariboisière, AP-HP, centre Viggo-Petersen, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 19 janvier 2015

Disponible sur Internet le 6 mars 2015

Mots clés :

Spondyloarthrites axiales

Kinésithérapie

Orthèses rachidiennes

Keywords:

Spondyloarthritis

Rehabilitation

Exercises

Spinal orthoses

RÉSUMÉ

La rééducation est indiquée au cours des spondyloarthrites axiales gardant des manifestations sous traitement médicamenteux bien conduit : défauts de mobilité axiaux ou périphériques, troubles de la statique rachidienne dans le plan sagittal et la diminution de la capacité à l'effort ; maladie active ; limitation fonctionnelle. Elle repose essentiellement sur la kinésithérapie comprenant des postures et des techniques de mobilisation, d'étirements et de renforcement musculaires. Elle peut intégrer la pratique d'activités physiques. Il s'agit d'une proposition thérapeutique cohérente ayant fait la preuve de son efficacité. Les orthèses rachidiennes répondent quant à elles dans ce contexte à des indications très sélectives.

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société française de rhumatologie.

ABSTRACT

Rehabilitation is indicated in patients with axial spondyloarthritis and remaining disease expression despite of suitable medication. Disease expression entails limited spinal or articular mobility, spinal deformity in the sagittal plane, low aerobic capacity; disease activity; functional limitation. Modalities including postures, mobilisations, muscle stretching and strengthening are of key importance. Physical activities may be also included as needed. Effectiveness of such a rehabilitation has been demonstrated. Spinal orthoses correspond to highly selective indications.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of the Société française de rhumatologie.

1. Introduction

L'intérêt de la rééducation au cours des spondyloarthrites peut être considéré comme une donnée solide en 2015. Il est évoqué tôt, après l'entrée dans la littérature médicale de cette affection sous une entité identifiable en tant que telle. Des spondyloarthrites, dont il est question sous le nom *spondylitis deformans*, se voient ainsi indiquer le principe d'un traitement physique en des termes particulièrement insistants [1]. Charles W. Buckley déclare en substance lors d'une réunion de la Royal Society of Medicine en 1932, que les méthodes physiques résument pratiquement à elles seules leur prise en charge thérapeutique. Cette exclusivité est bien entendu anachronique. Les dernières recommandations en date, établies sur la base d'une médecine fondée sur la preuve scientifique sous l'égide de la Société française de rhumatologie,

n'en retiennent pas moins les traitements physiques parmi les propositions thérapeutiques dans l'indication des spondyloarthrites [2]. Ce n'est pas déflorer le sujet, d'énoncer d'emblée le contenu de ces recommandations : « les exercices à domicile, en particulier les auto-programmes sont efficaces, mais le traitement physique avec exercices supervisés... est à privilégier... Cette recommandation s'applique en particulier aux patients avec atteinte axiale clinique (limitation de mobilité) ou radiographique. Les publications récentes sur le sujet confirment l'effet favorable de la rééducation et des auto-programmes sur des indices d'activité et fonctionnels (BASDAI, BASFI) ». En effet, et c'est un paradoxe, des questions simples, en apparence, persistent. Parmi elles : pour qui, quand, comment ?

2. Prérequis

Sans négliger les données et les analyses issues de l'évaluation thérapeutique valorisée à juste titre par notre époque, il paraît difficile, pour répondre à ces questions, de faire l'économie d'autres

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : johann.beaudreuil@lrh.aphp.fr (J. Beaudreuil).

perspectives ayant trait à la définition de la rééducation des spondyloarthrites ainsi qu'à la logique conduisant à cette proposition thérapeutique. La rééducation, dans ce contexte, peut être définie comme l'ensemble des moyens non pharmacologiques et non chirurgicaux ayant pour cibles les déficiences et leurs conséquences fonctionnelles, appliqué aux spondyloarthrites [3,4]. Il s'agit bien là d'une classe thérapeutique. Elle comprend de fait la kinésithérapie, pour l'essentiel, supervisée ou non, et l'appareillage. On peut ainsi regretter certaines formulations tendant à faire distinguer la rééducation des auto-programmes d'exercices ou d'autres modalités telles que l'appareillage, suggérant ainsi qu'elle n'est qu'un synonyme de la kinésithérapie supervisée [2]. Cette formulation malheureuse n'épargne pas les textes les plus récents ayant vocation à faire autorité.

Les déficiences des spondyloarthrites sont la douleur, les défauts de mobilité axiaux et périphériques, les troubles de la statique rachidienne dans le plan sagittal, ainsi que la diminution de la capacité à l'effort. Elles sont inconstantes et d'importance variable lorsque présentes, en fonction des individus. Ce dernier point est admis sans difficulté pour la douleur et les manifestations directes de la maladie constatées lors de l'examen physique. Il est encore discuté pour la capacité à l'effort. Des études cas-témoin montrent certes que la consommation maximale en oxygène à l'effort exprimée en moyenne est diminuée chez les patients atteints de spondyloarthrite comparativement aux témoins indemnes [5,6]. La diminution de l'activité physique attendue en conséquence chez ces patients n'est en revanche qu'inconstamment retrouvée [7–10]. Dans l'étude la plus vaste, regroupant plus de 2000 patients suédois, les deux tiers avaient une activité physique en accord avec les recommandations de l'Organisation mondiale pour la santé, et le risque standardisé d'activité physique était de 1,09 (IC95 1,04–1,15), indiquant un niveau d'activité physique légèrement supérieur à celui observé dans la population générale [8].

Fait important souvent négligé dans l'argumentaire concernant l'usage de la rééducation, la douleur, les défauts de mobilité, les troubles de la statique et la baisse de la capacité à l'effort, sont bel et bien, quelle que soit leur prévalence, des variables associées à la limitation fonctionnelle [6,11–17]. Cette relation est particulièrement bien démontrée en analyse multivariée, pour la hauteur, la distance occiput-fil, la rotation cervicale, l'ampliation thoracique, la distance doigts-sol et le Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI). Le BASMI tient compte de la distance tragus-mur, de la rotation cervicale, de la mobilité lombaire et de la distance inter-malléolaire. Il apparaît en outre mieux corrélé à la fonction estimée par le score de Dougados, que le Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), le Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index (BASRI) et la douleur [18].

Il est ainsi logique de supposer a priori que les déficiences associées aux spondyloarthrites déterminent dans une certaine mesure la limitation fonctionnelle provoquée par la maladie et que leur traitement efficace réduit cette limitation.

3. La rééducation : pour qui et quand ?

La réponse aux deux questions – pour qui et quand ? – est donc adossée à la preuve et à la cohérence. Le qui rejoint ici le quand dans la mesure où l'argumentaire est articulé autour de la déficience présente chez un individu et à un moment donné. L'usage de la rééducation telle qu'elle a été définie, en prévention primaire, c'est-à-dire avant l'apparition de la déficience, se voit pour l'instant opposer l'inconstance de la déficience, la difficulté de sa prévision à titre individuel et l'absence de preuve d'un quelconque effet prophylactique. Cet usage ne relève donc que de l'avis d'auteurs et de lecteurs. Pour être équilibré, cet avis doit prendre en compte l'investissement nécessaire à la rééducation et l'impact

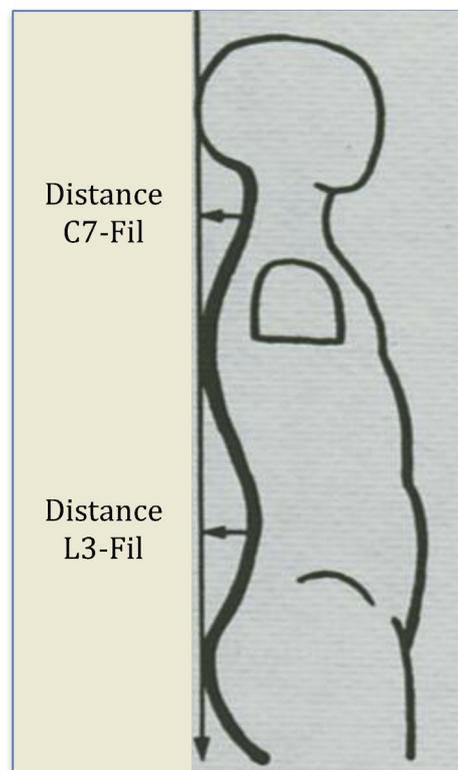


Fig. 1. Étude de la statique rachidienne dans le plan sagittal.

psychologique, potentiellement anxiogène ou culpabilisant, d'un discours sur le risque lorsque ce dernier n'est pas bien défini.

L'évaluation préthérapeutique visant à détecter les cibles de la rééducation chez un patient donné est en revanche difficilement contestable. En pratique les critères d'évaluation sont : la hauteur et les flèches pour la statique rachidienne (Fig. 1); les distances menton-sternum et menton-acromion pour la mobilité cervical; l'ampliation thoracique pour la mobilité thoracique; la distance doigts-sol et les indices de Schöber pour la mobilité lombo-sacrée; l'amplitude en degrés pour la mobilité articulaire périphérique [3,4]. La décision de rééducation peut ainsi être prise concrètement, sur le constat d'une ou de plusieurs déficiences ou sur celui de leur évolution dans le temps entre deux mesures. Les critères d'évaluation cliniques ont les propriétés métrologiques requises pour cette utilisation. Ont fait montre d'une bonne à très bonne reproductibilité intra- et inter-observateur les flèches C7-fil et L3-fil, les distances menton-acromion et menton-sternum, l'ampliation thoracique, la distance doigts-sol et les indices de Schöber [19]. Globalement, les critères de mobilité sont sensibles au changement [20].

La diminution de la capacité à l'effort est la dernière entrée parmi les déficiences prises en compte et les cibles de la rééducation au cours des spondyloarthrites. La mesure de la consommation en oxygène à l'effort est une méthode objective de référence pour son évaluation [3]. Elle est toutefois difficile à mettre en œuvre au quotidien. Le recensement des activités courantes effectuées par le patient ou la perception de l'effort nécessaire pour des activités physiques d'intensité déterminée peut constituer une première approche de cette déficience. À titre indicatif, sont considérés comme activités physiques d'intensité modérée la marche rapide, la danse et le jardinage, et comme activités physiques d'intensité élevée la course à pieds et les travaux de force.

La rééducation est efficace au cours des spondyloarthrites, les études randomisées le montrent [2,21]. Si bien que le profil des populations dans lesquelles cette démonstration a été faite, peut

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389763>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389763>

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