



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Article original

Évaluation de l'effet de la kinésithérapie dans une cohorte de patients atteints de spondyloarthrite axiale débutante. Données de la cohorte DESIR[☆]

Cécile Escalas^a, Marie Dalichampt^b, Maxime Dougados^c, Serge Poiraudau^{a,*,b}^a Service de rééducation et de réadaptation de l'appareil locomoteur et des pathologies du rachis, hôpital Cochin, AP-HP, université Paris Descartes, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France^b Inserm U1153, IFR handicap, hôpital Cochin, 75014 Paris, France^c Département de rhumatologie, hôpital Cochin, AP-HP, Inserm (U1153) : épidémiologie clinique et biostatistiques, PRES Sorbonne Paris-Cité, université Paris Descartes, 75014 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 7 mai 2015

Disponible sur Internet le 1 août 2016

Mots clés :

Spondyloarthrite axiale

Kinésithérapie

Traitement

Épidémiologie

R É S U M É

Objectif. – Évaluer l'effet de la kinésithérapie sur le handicap fonctionnel dans une cohorte de patients atteints de spondyloarthrite axiale débutante.**Méthodes.** – Design : étude prospective de cohorte. Patients : sept cent huit patients présentant une spondyloarthrite axiale débutante, naïfs d'anti-TNF inclus entre 2007 et 2010. Intervention : kinésithérapie précoce définie par la réalisation d'au moins 8 séances de kinésithérapie supervisée au cours des 6 premiers mois de suivi. Évaluation : le critère de jugement principal était l'amélioration fonctionnelle définie par une amélioration relative d'au moins 20 % du BASFI à 6 mois. Les critères de jugement secondaires étaient l'amélioration du BASFI à 1 et 2 ans et la réponse ASAS20 à 6 mois. Analyse statistique : un score de propension d'être traité par kinésithérapie a été construit et des analyses multivariées avec pondération sur ce score ont été utilisées pour évaluer l'effet de la kinésithérapie sur le devenir des patients.**Résultats.** – Au total, 166 (24 %) des patients ont été traités par kinésithérapie pendant les 6 premiers mois de suivi. Après pondération sur le score de propension, il n'y avait pas d'amélioration fonctionnelle chez les patients traités précocement par kinésithérapie (risque relatif [IC95 %] : 1,15 [0,91–1,45]). Aucune différence n'était observée sur les critères de jugement secondaires (risque relatif [IC95 %] : 0,94 [0,80–1,11]).**Conclusions.** – Il ne semble pas y avoir d'amélioration fonctionnelle après une prise en charge précoce par kinésithérapie délivrée en pratique courante chez des patients atteints de spondyloarthrite axiale débutante, alors même que ce traitement a montré son efficacité dans de nombreuses études randomisées contrôlées.

© 2016 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

La spondyloarthrite axiale (SpA) est un rhumatisme inflammatoire chronique touchant essentiellement le squelette axial et historiquement difficile à contrôler par les traitements. La SpA débute classiquement tôt dans l'existence et peut entraîner de

sévères dommages rachidiens responsables d'un handicap fonctionnel et d'une altération de la qualité de vie des patients [1,2].

La kinésithérapie semble jouer un rôle important dans la prise en charge des patients atteints de SpA. L'objectif premier de la kinésithérapie est de prévenir l'ankylose, d'améliorer la fonction ainsi que la qualité de vie. Plusieurs essais randomisés contrôlés ont démontré l'efficacité de différents programmes de kinésithérapie sur la douleur et la fonction chez les patients atteints de SpA [3–7]. Les récentes recommandations dans le domaine stipulent que le traitement non médicamenteux de la SpA devrait systématiquement inclure des exercices de kinésithérapie en groupe et en individuel [8,9]. La kinésithérapie doit être commencée le plus précocement possible dans l'histoire de la maladie et la

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2015.05.008>.[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais la référence anglaise de *Joint Bone Spine* avec le doi ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : serge.poiraudau@cch.aphp.fr (S. Poiraudau).<http://dx.doi.org/10.1016/j.rhum.2016.05.004>

1169–8330/© 2016 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

pratique régulière des exercices sur le long terme est particulièrement importante [10]. Le bénéfice le plus important a été mis en évidence avec des programmes d'exercices en groupe de balnéothérapie et la prise en charge en groupe est plus efficace que les exercices pratiqués à domicile ; les protocoles classiques de kinésithérapie, incluant les étirements, le renforcement musculaire et le travail respiratoire sont tous recommandés. La revue de la littérature par Zochling et al. [11] et une récente analyse systématique de la littérature [12] montrent que la pratique d'exercices a un effet bénéfique sur le BASFI, le BASDAI, la douleur, la mobilité et la fonction. La revue Cochrane sur les effets de la kinésithérapie dans la SpA apporte les mêmes conclusions sur le bénéfice de la rééducation [13].

Cependant, du fait du faible nombre de patients inclus, du caractère hétérogène des interventions et des critères de jugement et des difficultés dans le recueil de données, le niveau de preuve de ces études reste faible. De plus, il n'y a aucune recommandation sur le type de programme à appliquer ou le moment où réaliser la kinésithérapie dans l'histoire de la maladie. Enfin, aucune étude n'a été réalisée dans des conditions de « vie réelle » et on peut s'attendre à une différence entre la kinésithérapie dont bénéficient les patients dans un essai randomisé contrôlé et celle réalisée en pratique courante. Par ailleurs, toutes les études ont été conduites chez des patients répondant aux critères modifiés de New York, c'est-à-dire chez des patients ayant déjà une atteinte des sacroiliaques et pouvant ainsi être à un stade plus avancé de la maladie. Mais aucune étude n'a évalué l'effet de la kinésithérapie chez des patients présentant une spondyloarthrite axiale débutante ou sans atteinte structurale [14,15].

Devenir des Spondylarthropathies Indifférenciées Récentes (DESIR) est une cohorte longitudinale prospective multicentrique (25 centres de rhumatologie) de 708 patients présentant des rachialgies inflammatoires récentes (≤ 3 ans) évocatrices du diagnostic de SpA [16]. Dans le cadre de la cohorte, les patients continuaient à être pris en charge par leur rhumatologue référent. Ainsi, cette cohorte représente une opportunité unique d'évaluer la pratique courante et notamment l'effet de la kinésithérapie réalisée dans la « vraie vie ».

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'effet de la kinésithérapie en soins primaires sur la fonction chez des patients présentant des rachialgies inflammatoires récentes évocatrices de SpA.

2. Méthodes

2.1. Patients

Au total, 708 patients ayant des rachialgies inflammatoires récentes ont été inclus dans la cohorte DESIR entre octobre 2007 et avril 2010, puis ont été suivis tous les 6 mois pendant 2 ans [16]. Les critères d'inclusion étaient les suivants : âge > 18 ans et < 50 ans, rachialgies inflammatoires évoluant depuis au moins 3 mois et moins de 3 ans et symptômes évocateurs du diagnostic de SpA. Les patients devaient répondre aux critères de Calin ou de Berlin [17,18]. Les patients chez qui le diagnostic de SpA était exclu, qui ne pouvaient donner un consentement éclairé et/ou qui ne pouvaient être suffisamment observants (alcoolisme, pathologie psychiatrique) ou qui avaient déjà reçu un traitement anti-TNF étaient exclus.

3. Intervention

À chacune des visites de la cohorte, les patients devaient rapporter le nombre de séances de rééducation ainsi que la raison pour laquelle avait été prescrite la kinésithérapie. Le nombre de

séances effectuées par chaque patient par période de 6 mois a été utilisé pour définir l'intervention. La kinésithérapie précoce a ainsi été définie par le fait d'avoir effectué au moins 8 séances supervisées de kinésithérapie pendant les 6 premiers mois de suivi. Il n'y a actuellement pas de consensus sur le nombre optimal de séances de kinésithérapie à effectuer, notamment en rhumatologie, mais ce nombre pourrait varier entre 6 et 10. Le nombre de 8 séances a ainsi été choisi dans cette étude car c'est celui habituellement accepté pour avoir une efficacité en pratique courante et celui retrouvé dans les études évaluant la kinésithérapie [19]. Par ailleurs, l'effet de la kinésithérapie faite régulièrement sur 24 mois a également été étudié. La kinésithérapie régulière a été définie comme le fait d'avoir réalisé au moins 8 séances de kinésithérapie supervisée pendant au moins 3 périodes de 6 mois dans les 24 mois de suivi.

4. Évaluation

Le critère de jugement principal était l'amélioration de la fonction. Le Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) est un auto-questionnaire validé qui permet de déterminer le degré de limitation fonctionnelle chez les patients atteints de SpA à partir de leur capacité à effectuer des activités de la vie quotidienne dans les 48 dernières heures et en utilisant une échelle visuelle analogique [20]. L'amélioration de la fonction a été définie comme une amélioration relative d'au moins 20 % du BASFI. Le chiffre de 20 % a été choisi car il correspond à la définition du minimum d'amélioration cliniquement pertinente dans les pathologies rhumatologiques [21] et au 20 % d'amélioration de la réponse au traitement dans le critère des répondants Assessment in Ankylosing Spondylitis (ASAS) fréquemment utilisé pour la SpA [22]. L'amélioration de la fonction était évaluée à 6 mois. Les critères de jugement secondaires étaient une amélioration du BASFI à 1 et 2 ans.

4.1. Analyses statistiques

4.1.1. Analyse descriptive

Le pourcentage de patients ayant effectué de la kinésithérapie et son intervalle de confiance à 95 % ainsi que le nombre de séances réalisées a été évalué à chaque visite de suivi (c'est-à-dire à 6, 12, 18 et 24 mois).

Les caractéristiques des patients à l'inclusion ont été comparées : avec un test de χ^2 ou de Fischer pour les variables qualitatives et avec une analyse Anova ou un Mann-Whitney *U*-test pour les variables quantitatives.

4.1.2. Effet de la kinésithérapie

L'effet de la kinésithérapie précoce a été évalué en plusieurs étapes. Les variables à l'inclusion ont été testées dans le cadre d'un modèle linéaire en utilisant des équations d'estimation généralisées. La distribution binomiale et la fonction log-link ont été choisies pour les critères binaires afin d'évaluer les risques relatifs. En cas de problème de convergence, une distribution de Poisson a été utilisée. La méthode de Monte Carlo par chaînes de Markov des imputations multiples a été utilisée pour imputer les données manquantes. Cinq échantillons imputés ont été utilisés et les variables avec plus de 20 % des données manquantes ont été exclues. Pour tenir compte de l'absence de randomisation dans les études observationnelles, une méthode de score de propension a été appliquée [23]. Par définition, le score de propension est la probabilité pour un patient de recevoir un traitement particulier en fonction de ses caractéristiques initiales. Compte tenu des différences attendues entre les caractéristiques des patients recevant et ne recevant pas de la kinésithérapie, le score de propension a été utilisé comme la probabilité d'être traité par kinésithérapie. Les potentiels facteurs

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5670214>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5670214>

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