

CONCLUSION



Cette étude semble montrer, dans un groupe hétérogène de patients présentant une lombalgie, une absence d'avantage d'un examen par RMN "rapide" par rapport à une radiographie. Elle ne permet aucune conclusion quant à l'utilité d'une imagerie chez des patients lombalgiques.

Références

1. Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Part 1: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine* 1983;8:141-4.
2. Dewachter J. Is radiografie zinvol bij lage rugpijn? *Minerva* 2003;2:32-3.
3. Jarvic JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med* 2002;137:586-97.
4. Gray DT, Hollingworth W, Blackmore CC et al. Conventional radiography, rapid MR imaging and conventional MR imaging for low back pain: activity-based costs and reimbursement. *Radiology* 2003;227:669-80.

Exercices musculaires et relaxation pour les cervicalgies chroniques

Viljanen M, Malmivaara A, Uitti J. Effectiveness of dynamic muscle training, relaxation training, or ordinary activity for chronic neck pain: randomised controlled trial. *BMJ* 2003;327:475-9.

Analyse: J. Eyskens

RÉSUMÉ

Question clinique

Quelle est l'efficacité d'exercices dynamiques et de relaxation en cas de cervicalgies chroniques?

Contexte

Les cervicalgies représentent une plainte fort fréquente surtout chez les employés de bureau. Des exercices musculaires dynamiques et de relaxation sont prescrits pour le traitement des cervicalgies chroniques mais leur efficacité bénéficie de peu de preuves.

Population étudiée

Des médecins du travail ont recruté 393 patients parmi une population d'employés de bureau âgées de 30 à 60 ans ayant un épisode d'au moins douze semaines de cervicalgies aspécifiques. Les critères d'exclusion étaient: cancer, traumatisme majeur, maladie rhumatismale, trouble nerveux et revalidation importante au cours des trois mois précédents. L'âge moyen des femmes participantes était de 45 ans. Elles se plaignaient de cervicalgies en moyenne depuis 10,5 ans avec une intensité moyenne de 4,7 sur une échelle analogique visuelle (de 0 à 10).

Protocole d'étude

Cette étude clinique randomisée répartit les participantes dans trois groupes. Dans le groupe EMD (n=135) des exercices musculaires dynamiques (EMD) sont pratiqués avec des poids de 1 à 3 kg; dans le groupe ER (n=128) des exercices de relaxation (ER) sont réalisés et dans le groupe placebo (n=130) les participantes sont encoura-

gées à poursuivre leurs activités physiques quotidiennes (ADL) sans modification. Durant les douze premières semaines, les deux interventions sont accompagnées par un kinésithérapeute lors de sessions de 30 minutes, trois fois par semaine.

Mesure des résultats

Le critère de jugement primaire est l'intensité des cervicalgies enregistrée par les participantes en référence avec une échelle analogique visuelle (0-10). De plus, l'inconfort subjectif suite aux cervicalgies est évalué grâce à un index de cervicalgies (0-80) basé sur un questionnaire comportant huit items. Étaient également notés: capacités de travail, mobilité cervicale, guérison subjective, dépression et stress lié au travail. Ces mesures étaient réalisées à l'inclusion, après trois, six et douze mois. L'analyse se fait en intention de traiter.

Résultats

Les données sont disponibles pour 91% des participantes après trois mois, 89% après six mois et 87% au terme des douze mois. Durant le suivi, aucune différence n'est observée entre les groupes en ce qui concerne les sorties d'étude. Des proportions de 39% dans le groupe EMD et de 42% dans le groupe ER sont enregistrées en ce qui concerne le suivi des sessions. Sur les douze mois d'étude, une moyenne hebdomadaire de 31 minutes d'exercice est mentionnée pour le groupe EMD et de 20 minutes pour le groupe ER. Au début de l'intervention, 91% des employées du groupe EMD, 85% de celles du groupe ER



et 18% des participantes du groupe ADL attendaient une guérison dans les trois mois. Cet espoir diminue significativement dans tous les groupes trois mois après la randomisation (jusqu'à 33% dans le groupe EMD, 31% dans le groupe ER et 15% dans le groupe ADL). Après six mois, 53% des personnes du groupe EMD, 23% dans le groupe ER et 17% dans le groupe ADL déclarent être (quasi) guéris. Après douze mois, ces chiffres chutent à respectivement 26%, 23% et 12%.

Dans les groupes exercices, par rapport au groupe contrôle, mise à part une petite amélioration significative de la mobilité (rotation de la nuque et flexion latérale) après trois et six mois, aucun gain significatif n'est rapporté pour l'intensité des cervicalgies, l'index de cervicalgies, la flexion et l'extension du cou, la force musculaire dynamique du cou, les capacités de travail, les congés de maladie et la dé-

pression. L'absentéisme pour cervicalgies atteint, sur une période de douze mois, en moyenne 3,7 jours dans le groupe EMD, 2,3 jours dans le groupe ER et 2,0 jours dans le groupe ADL.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que ni les exercices musculaires dynamiques, ni les exercices de relaxation n'apportent d'amélioration des cervicalgies chroniques en comparaison avec un maintien des activités physiques quotidiennes.

Financement

L'étude est financée par le Finnish Work Environment Fund.

Conflits d'intérêt

Aucun n'est mentionné.

DISCUSSION

Efficacité des exercices ou de la prescription d'exercices?

Un travail de bureau peut provoquer des cervicalgies, souvent en association avec une mobilité réduite au travail. Un certain nombre d'employés (10%) deviennent des "patients chroniques"¹ et 5% développent des limitations sévères². Le coût des traitements de ces cervicalgies ne représente souvent qu'une fraction du coût global lié aux prestations réduites lors du travail et à l'absentéisme. Il est donc tout à fait justifié d'étudier comment prendre en considération et en charge ces plaintes pour prévenir la progression des lésions. Cette étude est bien conçue (large population, longue période de suivi, randomisation correcte, sortie d'étude faible, puissance suffisante). Quelques observations cependant. Les auteurs ont-ils voulu évaluer l'efficacité d'exercices (renforcement ou détente musculaire) ou l'efficacité de prescription d'exercices? Le titre suggère qu'il s'agissait des exercices à proprement parler. Au vu du temps très limité consacré aux exercices (31 minutes pour le groupe EMD et 20 minutes pour le groupe ER, par semaine) et le nombre de consultations manquées (suivi des sessions de 39% dans le groupe EMD et de 42% dans le groupe ER), il semble bien qu'ils aient davantage évalué l'efficacité de la prescription d'exercices. De plus, la durée réelle des exercices sur une semaine doit être considérée comme non pertinente, et peu de résultats en étaient donc à attendre.

Autres études

D'autres études évaluant un renforcement musculaire dynamique (comportant cependant d'autres exercices et pas de relaxation) ont montré des résultats semblables³⁻⁵. Clinical Evidence⁶ mentionne qu'une kinésithérapie

active (et non une kinésithérapie passive) diminue la douleur et que des exercices soulagent mieux la douleur qu'une gestion du stress. Quant à l'efficacité des médicaments (analgésiques, anti-inflammatoires, antidépresseurs, relaxants musculaires), de l'éducation des patients, d'une prise en charge multidisciplinaire, de la physiothérapie au sens strict combinée à de l'acupuncture, du port d'un collier de soutien et/ou d'oreillers spéciaux, les preuves sont insuffisantes. Preuves insuffisantes également quant à l'efficacité de la réalisation de mobilisations ou manipulations comparées à d'autres méthodes ou à une abstention.

Plaintes chroniques

Une autre lecture de cette étude est également possible. Les patientes observées se plaignent de cervicalgies depuis dix ans, ce qui est une donnée en soi. Elles semblent toutes nourrir de grands espoirs pour une intervention. En regardant le nombre de sessions suivies et le temps consacré aux exercices, on peut s'interroger sur leur motivation et sur leur attitude (locus of control). Estiment-elles n'être pas responsables de leur situation et traitement?⁷ L'étude initiée par les mêmes auteurs, comportant des exercices proprioceptifs, une relaxation et une aide aux changements de comportement, ouvre également très probablement une voie vers une future prise en charge et d'autres recherches. Il faut garder présent à l'esprit que des manières de pensée, de sentir et d'agir ancrées dans la personnalité individuelle doivent être "désappries" avant que d'autres puissent trouver place. Désapprendre est plus difficile qu'apprendre pour la première fois. Le patient doit-il apprendre d'abord à "mettre un stop" avant de faire autre chose ou d'en faire plus?⁸

CONCLUSION



Cette étude conclut donc à l'absence probable d'efficacité d'exercices de renforcement musculaire et de relaxation par rapport à une poursuite des activités quotidiennes habituelles dans l'amélioration de cervicalgies chroniques atypiques. L'efficacité en cas de compliance plus importante reste encore à étudier.

Références

1. Mäkelä M, Heliövaara M, Sievers K et al. Prevalence, determinants, and consequences of chronic neck pain in Finland. *Am J Epidemiol* 1991;134:1356-67.
2. Coté P, Cassidy JD, Carroll L. The Saskatchewan health and back pain survey; the prevalence of neck pain and related disability in Saskatchewan adults. *Spine* 1998;23:1689-98.
3. Gross AR, Hoving JL, Haines TA, et al. Manipulation and mobilisation for mechanical neck disorders (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
4. Kjellman GV, Skargren EI, Oberg BE. A critical analysis of randomized clinical trials on neck pain and treatment efficacy. A review of the literature. *Scand J Rehabil Med* 1999;31:139-52.
5. Van Tulder MW, Goossens M, Hoving JL. Nonsurgical treatment of chronic neck pain. In: Nachemson AL, Jonsson E, eds. Neck and back pain. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000.
6. Binder A. Neck pain. *Clin Evid* 2004;11:1534-50.
7. Illich I. Health as one's own responsibility - No, thank you! http://homepage.mac.com/tinapple/illich/1990_health_responsibility.PDF (geraadpleegd op 12.08.04).
8. Hofstede G. Allemaal andersdenkenden, omgaan met cultuurverschillen. Amsterdam: Uitgeverij Contact, 1991.

Dépistage et thérapie brève d'une consommation abusive d'alcool

Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003;327:536-42.

Analyse: B. Aertgeerts

RÉSUMÉ

Question clinique

Quelle est l'efficacité, en médecine générale, des programmes de dépistage d'une consommation abusive d'alcool?

Contexte

Les médecins généralistes sont incités à dépister une consommation excessive d'alcool au moyen de questionnaires standardisés. Une courte intervention (information, avis ou feed-back) permettrait de diminuer la consommation d'alcool^{1,2}. L'efficacité d'un dépistage couplé à une courte intervention n'avait pas encore été évaluée.

Méthodologie

Sources consultées

Les bases de données Medline, Embase, PsycInfo, CENTRAL et ETOH ont été consultées. Les références citées dans de précédentes synthèses et études ont également été explorées, et des experts européens ont été consultés.

Études sélectionnées

Ont été sélectionnées, les RCTs comportant un dépistage de consommation abusive d'alcool (non de dépendance) suivi d'une courte intervention (moins d'une heure), réalisés en médecine générale. Ces études devaient mentionner au moins un critère de jugement évaluant un changement clinique pertinent dans l'utilisation d'alcool.

Population étudiée

Patients adultes en médecine générale.

Mesure des résultats

La **réduction absolue de risque (RAR)**, soit la différence

de proportion de participants déclarant, après douze mois, un usage d'alcool sous la limite hebdomadaire par rapport aux données de départ, est calculée en intention de traiter. Le **Nombre de Sujets à Traiter (NST)**: une valeur négative représente un moins bon résultat, une valeur positive un bénéfice. Par exemple, un NST=20 signifie qu'un patient supplémentaire tire bénéfice de l'intervention pour vingt patients la recevant.

L'effet du dépistage est l'évaluation du nombre de patients présentant un résultat positif au terme de l'intervention sur 1 000 patients dépistés. Ce chiffre est calculé en multipliant la prévalence de cas traitables (nombre de sujets inclus pour la courte intervention divisé par le nombre de dépistés) par la réduction absolue de risque.

Les résultats des études sont sommés par le **modèle d'effet fixe**.

Résultats

Au total, 19 études sont sélectionnées. Un nombre important de personnes dépistées positives sont exclues avant la randomisation lors d'une deuxième évaluation (problèmes sévères d'alcoolisme, **faux positifs**), pour autre motif ou pour refus de poursuivre l'étude. Dans la méta-analyse, huit études satisfaisant aux critères d'inclusion (mention du nombre de patients dépistés et emploi d'un critère clinique pertinent) sont finalement incorporées. Les interventions variaient d'une consultation de dix minutes à cinq consultations de maximum vingt minutes. Elles comprenaient toutes un feed-back de la consommation actuelle de boissons alcoolisées, une information sur les risques de cet usage et les possibilités de modifier cette consommation. La plupart des études avaient un taux de

