

de traitements sont analysés dans cette synthèse: la kinésithérapie, l'ergothérapie et une approche en équipe multidisciplinaire. Il existe quelques différences dans les caractéristiques des traitements évalués dans les études, mais ils ont tous un point commun: une approche orientée sur la tâche. Il s'agit ici de patients au domicile, mais tous les traitements sont organisés par du personnel hospitalier ayant un intérêt ou une connaissance spécifiques de la problématique de l'AVC. La recherche concerne donc des soins à domicile supervisés par l'hôpital, ce qui semble plutôt exceptionnel en Belgique.

Efficacité limitée?

Les auteurs admettent que l'efficacité observée pour un traitement de réhabilitation est plutôt limitée, mais ils rajoutent aussitôt qu'ils ne connaissent pas d'autre intervention qui soit plus significative pour les patients atteints d'AVC dans la première année qui le suit. Ces résultats viennent compléter ceux d'une étude précédemment publiée, montrant que la physiothérapie ne donnait, après un an, qu'une petite amélioration, mais significative, de la mobilité et de la vitesse de la marche, mais non de l'autonomie^{2,3}.

Questions sans réponse

Certaines questions restent ouvertes. Quel doit être le contenu précis du traitement de réhabilitation pour des patients atteints d'AVC? Quelle méthodologie utiliser pour composer ce contenu en fonction des lésions séquellaires de l'AVC? Quelles sont la structure et la durée idéales pour ce traitement? Quel est le bénéfice économique de ce traitement? Cette synthèse propose, comme constat final, que les discussions et études à venir ne devront plus porter sur la question de l'efficacité du traitement de réhabilitation - que ce soit la kinésithérapie, l'ergothérapie ou l'approche multidisciplinaire - mais devront se centrer sur la manière d'obtenir une efficacité maximale de ces interventions. En Belgique également, les dispensateurs de soins doivent accorder une attention suffisante à une approche systématique des patients atteints d'AVC après leur retour à domicile. Cette synthèse nous montre qu'un certain nombre d'interventions sont utiles pour améliorer les capacités fonctionnelles ADL des patients atteints d'AVC ou pour les maintenir. Des études complémentaires sont nécessaires pour déterminer comment ces formes de traitement sont les mieux adaptées aux besoins spécifiques d'un patient individuel atteint d'AVC.

CONCLUSION



Cette synthèse méthodique concernant des patients atteints d'accident vasculaire cérébral, conclut qu'un traitement à domicile comportant de la kinésithérapie, de l'ergothérapie ou l'intervention d'une équipe multidisciplinaire, traitement réalisé au cours de la première année après une hospitalisation, peut améliorer les capacités fonctionnelles ADL et prévenir une régression de celles-ci. La conception et l'exécution précises de ce traitement à domicile nécessitent des études complémentaires.

Références

1. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 3. Art. No.: CD000197. DOI: 10.1002/14651858.CD000197.
2. Green J, Forster A, Bogle S, Young J. Physiotherapy for patient with mobility problems more than 1 year after stroke: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;359:199-203.
3. Oostra K. Un an après un AVC, est-il encore utile de pratiquer de la physiothérapie? *MinervaF* 2003;2(3):47-8.

L'activité physique peut-elle améliorer la survie en cas d'insuffisance cardiaque?

Piepoli MF, Davos C, Francis DP, Coats AJ; ExTraMATCH Collaborative. Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). *BMJ* 2004;328:189-200.

Analyse: R. Fagard

RÉSUMÉ

Question clinique

Quelle est l'influence de la pratique d'exercices physiques sur la survie de patients atteints d'insuffisance cardiaque suite à une dysfonction systolique?

Contexte

La pratique d'exercices physiques augmente les capacités à l'effort des patients atteints d'insuffisance cardiaque et a un effet favorable sur les symptômes cliniques tels



que la dyspnée et la fatigue. Cette pratique reste cependant peu appliquée dans cette catégorie de sujets, probablement en raison du manque de données de son influence sur la mortalité.

Méthodologie

Méta-analyse

Sources consultées

Medline, Cochrane Library, références reprises dans les articles de synthèse, abstracts et experts.

Études sélectionnées

Les auteurs ont sélectionné les études randomisées, contrôlées, incluant des patients présentant une insuffisance cardiaque stable, suite à une dysfonction systolique (fraction d'éjection <50%) et recevant soit un entraînement physique dynamique soit un traitement conventionnel. Le programme d'entraînement physique devait avoir une durée d'au moins huit semaines; d'autres interventions simultanées pouvant interférer avec les résultats n'étaient pas autorisées; le suivi devait être d'au moins trois mois. Finalement, sur base de ces critères d'inclusion, neuf études européennes ont été sélectionnées.

Population des études

Les données individuelles de 801 patients sont disponibles. L'âge moyen de ceux-ci est d'environ 60 ans, 88% sont de sexe masculin, l'insuffisance cardiaque de classe NYHA de 2,6 de moyenne, la fraction d'éjection moyenne de 27%. Le pic de consommation d'oxygène atteint 15 ml/min/kg.

Mesure des résultats

Le critère de jugement primaire est le décès et le critère

de jugement secondaire est un décès ou une hospitalisation. L'analyse est faite au moyen du **modèle de risques proportionnels de Cox**.

Résultats

Sur une période de suivi moyen de 705 jours (ET 729), 88 décès ont été observés dans le groupe entraînement physique (n=395) pour 105 décès dans le groupe contrôle (n=406). Ceci signifie un **rapport de hasards** de 0,65 (IC à 95% de 0,46 à 0,92; p=0,015) et un NST de 17. Pour le critère de jugement secondaire, le rapport de hasards est de 0,72 (IC à 95% de 0,56 à 0,93; p=0,011). En analyse par sous-groupes, les auteurs ne trouvent aucune interaction significative entre ce résultat favorable de l'entraînement physique et respectivement le sexe, l'âge, la classe NYHA, la cause de l'insuffisance cardiaque, la fraction d'éjection, la consommation de pointe en oxygène et la durée de l'entraînement physique.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent qu'un entraînement physique, adéquat, supervisé, pour des patients présentant une insuffisance cardiaque stable n'est pas dangereux et est associé à une réduction globale de la mortalité. D'autres études sont nécessaires pour optimiser ces entraînements physiques et pour identifier les patients à cibler au mieux.

Financement

Royal Brompton and Harefield NHS Trust Clinical Research Committee (R.U.).

Conflits d'intérêt

Non mentionnés.

DISCUSSION

Bénéfice d'une activité physique après un infarctus du myocarde

Des études de suivi longitudinal ont montré que l'inactivité physique et qu'une piètre condition physique étaient associées à une morbidité et à une mortalité cardiovasculaires plus élevées, aussi bien dans la population générale que chez les personnes à haut risque cardiovasculaire, chez celles présentant une hypertension, ainsi que chez les patients avec des pathologies ischémiques coronariennes¹. Chez les sujets présentant une insuffisance cardiaque, la consommation de pointe en oxygène ou la capacité à l'effort constituent des éléments pronostiques importants. Ce paramètre est aussi un des éléments pris en considération pour envisager une transplantation cardiaque². Pour établir un lien causal suggéré par une étude épidémiologique, une confirmation dans une étude d'intervention est cependant nécessaire. Il va de soi qu'une telle intervention est difficile dans la population générale. Pour des patients ayant présenté un infarctus du myocarde, des méta-analyses ont cependant déjà montré, de longue date, qu'une revalidation cardiaque pluridisciplinaire réduisait la mortalité d'environ 25%^{3,4}.

Insuffisance cardiaque stable

Cette méta-analyse exécutée au départ d'études randomisées triées sur le volet, compare un entraînement physique à des soins conventionnels chez des patients présentant une insuffisance cardiaque chronique stable. Les auteurs concluent que la pratique d'exercices physiques réduit la mortalité de manière significative de 35% et le critère combiné de mortalité et d'hospitalisations de 28%. De plus, les programmes d'entraînement physique supervisés semblent ne pas présenter de risque pour ce type de patients. Nous préférons pouvoir bénéficier de résultats issus de grandes études randomisées contrôlées plutôt que de ceux d'une méta-analyse d'études plus petites incluant chacune de 27 à 181 patients. Nous devons cependant nous contenter de ces résultats pendant un certain temps. Il est important de souligner l'absence de mise en évidence d'un biais de publication et la consistance des données dans les différents sous-groupes établis de manière prospective, ce qui donne du poids aux résultats. Un point important à monter aussi en épingle, est la réalisation de cette méta-analyse sur les données individuelles des patients, ce qui en augmente la valeur.

CONCLUSION



Cette méta-analyse montre qu'un entraînement physique supervisé pour des patients présentant une insuffisance cardiaque stable sur dysfonction systolique améliore leur survie.

Références

1. Fagard RH. Physical exercise and coronary artery disease. *Acta Cardiol* 2002;57:91-100.
2. Pardaens K, Van Cleemput J, Vanhaecke J, Fagard RH. Peak oxygen uptake better predicts outcome than submaximal respiratory data in heart transplant candidates. *Circulation* 2000;101:1152-7.
3. Oldridge NB, Guyatt GH, Fischer ME, Rimm AA. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomized clinical trials. *JAMA* 1988;260:945-50.
4. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2004;116:682-92.

Exercices physiques versus PTCA en cas d'angor stable

Hambrecht R, Walther C, Möbius-Winkler S et al. Percutaneous coronary angioplasty compared with exercise training in patients with stable coronary artery disease. A randomized trial. *Circulation* 2004;109:1371-8.

Analyse: R. Fagard, P. Chevalier

RÉSUMÉ

Question clinique

Quelle est l'efficacité d'un entraînement physique en comparaison avec une angioplastie coronaire transluminale percutanée (PTCA) avec stenting, en termes de morbidité et de mortalité cardiovasculaires chez des patients présentant une ischémie coronarienne stable?

Contexte

Différentes études ont montré un effet favorable de la pratique d'exercices physiques chez des patients présentant une ischémie coronarienne, en termes de tableau symptomatique, de capacité d'effort, de perfusion myocardique, de progression de l'athéromatose coronaire et de morbi-mortalité cardiovasculaire¹⁻³. L'intérêt d'une angioplastie coronaire percutanée avec stenting en cas d'infarctus du myocarde et de syndrome coronarien aigu est évident, mais non convaincant chez les patients ne présentant qu'un angor d'effort stable et une seule sténose significative, sauf s'il s'agit de la partie proximale de l'artère coronaire gauche descendante (interventriculaire antérieure proximale).

Population étudiée

Cette étude inclut 101 patients, d'âge moyen de 60 ans, présentant une ischémie coronarienne stable et une sténose $\geq 70\%$ d'un vaisseau coronaire, démontrée par coronarographie et rentrant dans les critères d'indication d'une PTCA. Les critères d'exclusion sont: syndrome coronarien ou infarctus du myocarde aigu dans les deux mois précédents, pontage coronarien (CABG) ou PTCA dans les douze mois précédents, sténose $>25\%$ de l'artère coronaire gauche ou sténose de haut grade de l'artère inter-

ventriculaire antérieure proximale, fraction d'éjection $<40\%$, valvulopathie importante, diabète sucré insulino-requérant, tabagisme ou pathologie rendant impossible la pratique d'exercices physiques.

Protocole d'étude

Cette étude clinique, randomisée, répartit les participants dans un groupe entraînement physique (n=51) ou dans un groupe avec PTCA plus stenting (n=50). L'entraînement physique débute en moyenne vingt et un jours après la randomisation tandis que la PTCA est effectuée en moyenne quinze jours après celle-ci. L'entraînement physique comporte vingt minutes de bicyclette par jour sur un vélo ergométrique et une pratique hebdomadaire d'exercices aérobiques.

Mesure des résultats

Les critères de jugement sont: symptômes cliniques, capacité d'effort sans manifestation angoreuse, perfusion myocardique, coût-efficacité et un critère de jugement composite (mortalité cardiaque, accident vasculaire cérébral, CABG, angioplastie, infarctus du myocarde et aggravation de l'angor nécessitant une hospitalisation). L'analyse statistique est faite en intention de traiter.

Résultats

Durant le suivi de douze mois, 12% des patients du groupe entraînement physique et 30% de ceux du groupe PTCA présentent un accident ischémique (OR 0,33; IC à 95% de 0,12 à 0,90; p=0,023). Les symptômes cliniques sont significativement améliorés dans les deux groupes. Le seuil de manifestation ischémique à l'effort est significativement rehaussé dans les deux groupes,

