

glucidique sans influencer la production d'insuline<sup>4</sup>. Un groupe japonais montre une relation inverse entre la prévalence de l'hyperglycémie à jeun ( $\geq 110$  mg/dl) et la consommation de café<sup>5</sup>.

Les auteurs finlandais ne peuvent qu'avancer des hypothèses pour expliquer leurs résultats. Une inhibition de la glucose-6-phosphatase par l'acide chlorogénique présent dans le café (normal) pourrait jouer un rôle. Le café contient de petites quantités de magnésium (11 mg par 100 grammes de café), ce qui peut contribuer à une tolérance glucidique améliorée. La présence de phyto-estrogènes dans le café est un avantage possible pour la population féminine.

#### D'autres effets du café

L'association entre l'ingestion de café et l'oesophagite de reflux n'est certainement pas prouvée, même si nous conseillons habituellement d'arrêter de boire du café en

cas de reflux<sup>6</sup>. La consommation de quatre tasses de café par jour ou plus n'augmente pas le risque de développer une arthrite rhumatoïde<sup>7</sup>. Il n'y a pas de relation de cause à effet entre la consommation de café et la survenue du cancer de l'ovaire, alors que le café diminue le risque de cancer hépatique<sup>8,9</sup>. Les enzymes hépatiques semblent être influencées en sens inverse, donc certainement pas dans le sens d'une augmentation des transaminases<sup>10</sup>. La mort subite chez des patients à risque est par contre liée à la consommation de café. Le risque relatif (RR) de décéder d'un infarctus du myocarde endéans l'heure de consommation de café est de 1,73 (IC à 95% de 1,13 à 2,65) chez des patients présentant une moyenne de 2,8 facteurs de risque de maladie cardiaque ischémique<sup>11</sup>. Chez les hommes, une consommation intensive de café (plus de 800 ml par jour) augmente le risque d'infarctus du myocarde (fatal et non fatal) dans une observation rétrospective sur quatorze années (RR 1,06 à 1,94)<sup>12</sup>.

## CONCLUSION



Cette étude d'observation conclut qu'il existe une relation dose dépendante inverse entre la consommation de café et la survenue d'un diabète sucré de type 2. Une quantité minimale de cinq tasses (pour les femmes) ou de dix tasses (pour les hommes) de café par jour diminue le risque de diabète de type 2. La consommation de café peut par contre augmenter le risque cardiovasculaire.

## Références

1. van Dam RM, Feskens EJ. Coffee consumption and the risk of type 2 diabetes mellitus. *Lancet* 2002;360:1477-8.
2. Voskamp AM. Wat kunnen we zelf eigenlijk vertellen over ons en koffie? *Voeding Nu* 2005;7:15-7.
3. Jookken K, Kupers P, Laurysen S, Sermeus G. De brandstof van de Belg? *Test Gezondheid* 2004;11:8-12.
4. Pizziol A, Tikhonoff V, Paleari CD et al. Effects of caffeine on glucose tolerance: a placebo-controlled study. *Eur J Clin Nutr* 1998;52:846-9.
5. Isogawa A, Noda M, Takahashi Y et al. Coffee consumption and risk of type 2 diabetes mellitus. *Lancet* 2003;361:703-4.
6. Nilsson M, Johnsen R, Ye W et al. Lifestyle related factors in the aetiology of gastro-oesophageal reflux. *Gut* 2004;53:1730-5.
7. Karlson EW, Mandl LA, Aweh GN, Grodstein F. Coffee consumption and risk of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2003;48:3055-60.
8. Riman T, Dickman PW, Nilsson S et al. Some life-style factors and the risk of invasive epithelial ovarian cancer in Swedish women. *Eur J Epidemiol* 2004;19:1011-9.
9. Shimazu T, Tsubono Y, Kuriyama S et al. Coffee consumption and the risk of primary liver cancer: pooled analysis of two prospective studies in Japan. *Int J Cancer* 2005;116:150-4.
10. Ruhl CE, Everhart JE. Coffee and caffeine consumption reduce the risk of elevated serum alanine aminotransferase activity in the United States. *Gastroenterology* 2005;128:24-32.
11. Selb Semerl J, Selb K. Coffee and alcohol consumption as triggering factors for sudden cardiac death: case-crossover study. *Croat Med J* 2004;45:775-80.
12. Happonen P, Voutilainen S, Salonen JT. Coffee drinking is dose-dependently related to the risk of acute coronary events in middle-aged men. *J Nutr* 2004;134:2381-6.

## Revalidation à domicile après AVC

Legg L, Langhorne P. Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomized trials. *Lancet* 2004;363:352-6.

Analyse: S. Provoost

## RÉSUMÉ

### Question clinique

Quelle est l'efficacité de la revalidation à domicile sur les capacités fonctionnelles quotidiennes de patients, durant la première année suivant un accident vasculaire cérébral (AVC)?

### Contexte

Les «stroke units» multidisciplinaires dans les hôpitaux peuvent réduire l'invalidité et les coûts engendrés par un AVC<sup>1</sup>. Moins de preuves sont disponibles quant à l'efficacité de la thérapie de revalidation à domicile (kiné-



sithérapie, ergothérapie et soins multidisciplinaires) après que le patient ait quitté l'hôpital.

### Méthodologie

Synthèse méthodique.

#### Sources consultées

Les auteurs ont effectué des recherches jusqu'en novembre 2001 dans le Cochrane Controlled Trials Register, MEDLINE, CINAHL, PsycLIT, EMBASE, AMED, le Social Science Citation Index et le Science Citation Index. La recherche a été complétée par la consultation des références citées.

#### Études sélectionnées

La recherche a concerné les RCTs qui comparent les thérapies de réhabilitation (kinésithérapie, ergothérapie et thérapie multidisciplinaire) avec l'absence de thérapie chez des patients non hospitalisés, endéans l'année de survenue d'un AVC. Parmi les 4 946 publications sélectionnées, 14 études ont été retenues, concernant un total de 1 617 patients.

#### Population étudiée

L'âge moyen des patients varie de 55 à 75,5 ans avec une moyenne de 70 ans; répartition équitable entre les deux sexes. Les patients inclus étaient peu à moyennement invalides. Les critères d'exclusion sont, entre autres: antécédent d'AVC, troubles sévères de communication, démence ou autres affections sévères qui interfèrent avec la compliance au traitement et la mesure des résultats du traitement de réhabilitation, ainsi que les patients résidant dans un home.

#### Mesure des résultats

Le critère d'évaluation primaire est la mesure dans laquelle la réhabilitation à domicile peut empêcher une diminution des capacités fonctionnelles du patient dans les activités de la vie quotidienne (ADL), en tenant compte des décès. Les critères d'évaluation secondaires sont le décès, une admission prolongée dans une institution, l'exécution d'activités journalières diverses, le fonctionnement psychique et la qualité de vie du patient et de son soignant, ainsi que les hospitalisations. Les paramètres binaires ont été calculés en rapport de cotes selon le **modèle d'ef-**

**fets fixes** avec un intervalle de confiance à 95%. En tenant compte de l'hétérogénéité statistique, le **modèle d'effets aléatoires** a été utilisé pour les variables continues.

### Résultats

La durée de suivi médian est de six mois (IQR 6-12). Le critère de jugement primaire a été analysé dans six des quatorze études (34% du nombre total des patients). La régression en ADL est moindre dans le groupe bénéficiant d'une réhabilitation à domicile versus groupe contrôle (OR 0,67; IC à 95% de 0,49 à 0,97; p=0,03). Aucune hétérogénéité n'est observée entre les études (p=0,67). En y ajoutant les résultats des études évaluant uniquement la dépendance (12 études; 83% du nombre total des patients), un OR analogue est montré, de 0,72 (IC à 95% de 0,57 à 0,92; p=0,009). Pour ce critère d'évaluation, le NST est de 14 (IC de 95% de 9 à 52). Dans ces 12 études (73% du nombre total de patients), la **différence moyenne standardisée** pour la dépendance en ADL est de 0,14 (IC à 95% de 0,02 à 0,25; p=0,02) en faveur du groupe avec traitement de réhabilitation. En tenant compte du score ADL élargi (62% du nombre total des patients), pour un total de neuf études, la différence moyenne standardisée est de 0,17 (IC à 95% de 0,04 à 0,30; p=0,01) en faveur du groupe bénéficiant de la réhabilitation. Les données sont insuffisantes pour apprécier les critères d'évaluation secondaires (disponibles pour moins de 50% de la population étudiée).

### Conclusions des auteurs

Les auteurs de cette synthèse concluent que le traitement de réhabilitation pour les patients atteints d'AVC résidant à domicile améliore leurs possibilités d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (ADL) et réduit le risque de détérioration de ces possibilités.

### Financement

UK Stroke Association et Chest Heart and Stroke Scotland. Les sponsors ne sont impliqués ni dans l'élaboration de l'étude ni dans son exécution, ni dans la rédaction de la publication.

### Conflits d'intérêt

Aucune mention.

## DISCUSSION

### Considérations sur la méthodologie

Dans cette synthèse Cochrane, les auteurs font une analyse en profondeur de leurs résultats. Ils font le constat que le traitement de réhabilitation à domicile pour les patients atteints d'AVC réduit le risque de régression du score ADL. Cette conclusion est convaincante: la recherche est étendue, sélectionne les études de bonne qualité et les auteurs ont pu disposer d'informations détaillées obtenues auprès des auteurs des publications originales. L'analyse en **funnel plot** ne montre pas de biais de publication significatif. Une **analyse de sensibilité** réalisée par les auteurs de cette synthèse sur dix études qui répondent à des critères méthodologiques encore plus stricts (randomisation et caractère aveugle), donne des résultats analogues.

Néanmoins, certaines remarques peuvent être faites au sujet de ces recherches. Le caractère en aveugle est difficile à appliquer dans une recherche concernant un traitement de réhabilitation; il existe également un risque de contamination entre les groupes évalués. Ces recherches incluent des patients dans une organisation de soins à domicile relativement isolée, ce qui réduit le risque de contamination. Il est même possible qu'en raison du protocole d'étude strict, qui contrôle d'autres conditions de réussite, l'efficacité d'un processus complexe tel que le traitement de réhabilitation soit sous-estimée. La durée de suivi est courte: une seule étude suit les patients durant douze mois, trois études durant environ 24 semaines et les autres sur des périodes plus courtes. Trois types

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<sup>2,3</sup>.

#### 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

