

La rééducation respiratoire dans les BPCO

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est la 5^e cause de mort en Amérique du Nord et sa prévalence ne cesse de s'accroître. Parmi les traitements proposés, la rééducation respiratoire tient une place encore incertaine. La Revue Prescrire avait rapporté en 1989 une étude de synthèse réalisée 4 ans plus tôt par une équipe américaine¹. Les résultats étaient incertains, plutôt favorable dans les bronchopneumopathies hypersécrétantes, mais la plupart des études d'évaluation s'appuyaient sur des critères intermédiaires (amélioration d'une radiographie, d'une PaO₂, d'un débitmètre de pointe) et non sur des critères cliniques subjectifs (confort de vie) ou objectifs (amélioration du pronostic). Une équipe canadienne² de Toronto vient de publier une méta-analyse des essais randomisés comparant, au cours de la BPCO, la rééducation respiratoire au simple traitement conventionnel, et prenant comme critère de mesure, des critères cliniques, la capacité d'effort et la qualité de vie.

Parmi 301 publications et 54 abstracts issus d'une recherche bibliographique exhaustive, les auteurs ont retenus 14 études correspondant aux critères d'inclusion et de méthodologie retenus: patients ayant une BPCO avec rapport de Tiffeneau inférieur à 70%, soumis à un programme de rééducation respiratoire d'au moins 4 semaines, essais randomisés avec un groupe contrôle n'ayant que la thérapeutique conventionnelle, critères de mesure portant sur la qualité de vie et/ou une mesure de la capacité d'exercice. La plupart étaient des hommes. L'âge moyen variait selon les études de 60 à 73 ans et les BPCO étaient sévères. Étaient exclus les patients ayant une pathologie cardio-vasculaire associée, des troubles musculo-squelettiques, une oxygénothérapie à domicile, une hypercapnie.

La mesure de la capacité d'exercice (capacité de marche

en 6 minutes) effectuée dans 11 études (413 patients) montrait une amélioration moyenne de 55 m par rapport au groupe contrôle. L'amélioration de la qualité de vie a été évaluée dans 12 essais. Elle a été appréciée à partir de questionnaires de type variable, dont deux ont été validés. Ils incluaient notamment la dyspnée, la fatigue, l'état émotionnel et la "maîtrise" (le sentiment d'être capable de faire face à la maladie). Les réponses étaient données sur une échelle à 7 points. Étaient retenus les résultats dépassant le "minimum clinically important difference" (MCID), c'est à dire la plus petite amélioration perçue comme importante par le patient moyen. Malgré une certaine hétérogénéité des résultats, les auteurs concluent à une amélioration dépassant le MCID, plus particulièrement pour la dyspnée et la "maîtrise". Il n'y a pas de corrélation entre les tests d'effort et les mesures de qualité de la vie.

Cette étude, réalisée avec le soutien de l'équipe de l'Université de Mc Master, est intéressante à plus d'un titre:

- elle semble bien confirmer un certain bénéfice de la rééducation, sur des critères cliniques, dans un domaine où nous sommes assez démunis. Il semble que toutes les méthodes de rééducation, d'entraînement respiratoire, aient le même bénéfice.
- elle montre un manque de corrélation entre les tests de mesure de la capacité d'exercice et les tests de mesure de la qualité de vie, qui ne peuvent donc se substituer l'un à l'autre.
- elle met bien en évidence les imperfections et les difficultés d'utilisation des mesures de la qualité de vie.

De nombreuses recherches dans ce domaine ont lieu actuellement de la part des méthodologistes, cliniciens, épidémiologistes et économistes. Un livre de synthèse de l'état actuel de la question vient de paraître³. JP Moatti, coordonnateur de l'ouvrage insiste dans son introduction sur deux aspects: les mesures de qualité de la vie ne peuvent se limiter à l'appréciation clinique du médecin, mais doivent intégrer l'appréciation subjective du patient; il ne faut pas espérer obtenir un indicateur universel et unique dans ce domaine, mais plutôt une adéquation entre les instruments et les objectifs poursuivis.

1 - Noiry J.P. L'efficacité très variable de la kinésithérapie respiratoire. Rev. Prescrire, 1989, 9, 85, 211-212

2 - Lacasse Y. et al. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Lancet, 1996, 348, 1115-1119

3 - Moatti JP. Recherche clinique et qualité de vie. Flammarion Médecine-Sciences, 1996, 184 p.

Numéro 43 du 2 janvier 1997

Ce journal faxé est diffusé exclusivement aux adhérents du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC.
Cette diffusion n'est possible que grâce à votre participation financière.

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)