

www.symposiumrehabilitation.org/

Insuffisance rénale et exercice : de l'espoir

Benoît Lacroix

En 2005, l'*American Heart Association* recommandait déjà aux patients atteints d'insuffisance rénale chronique (IRC) de faire de l'exercice dès qu'ils en étaient capables. Toutefois, aucune étude sérieuse ne démontrait les bénéfices de cette approche. C'est donc avec cet objectif en tête que Sylvie Legault a entrepris son *fellowship* en cardiologie, à l'automne 2005.

Tout comme l'insuffisance cardiaque, l'IRC est en hausse. Les deux maladies sont souvent associées puisqu'elles partagent certains facteurs de risque, comme le diabète et l'hypertension artérielle. «Les patients qui souffrent d'insuffisance cardiaque finissent parfois par souffrir d'insuffisance rénale et vice-versa. Il est donc très difficile de recruter des patients ne souffrant que d'IRC pour une étude», note le Dr Legault.

Les données ne sont pas encore suffisantes pour conclure de façon équivoque que l'entraînement physique prolonge la vie des personnes atteintes d'IRC. Dr Legault et ses collègues fondent beaucoup d'espoir sur l'étude nord-américaine HF-ACTION, à laquelle participent 3000 Américains et Canadiens souffrant de problèmes cardiaques. «Ma seule crainte, déclare Dr Legault, c'est que les patients du groupe censé ne pas s'entraîner se mettent à l'entraînement pendant l'étude. Certains patients veulent participer à l'étude pour se mettre à l'entraînement, mais ils se retrouvent dans le mauvais groupe. Ils s'entraînent malgré tout, ce qui est bien pour eux, mais qui peut aussi fausser les résultats de l'étude.»

Les bénéfices attendus chez les personnes atteintes d'IRC qui se mettent à l'entraînement sont nombreux. En tout premier lieu, on souhaite une augmentation du taux de survie, ce qui est déjà prouvé lorsque l'endurance physique (mesurée par le VO_2 max) augmente. On souhaite aussi accroître la force musculaire, afin de maintenir l'autonomie du patient. Enfin, la qualité de vie du patient s'améliorera et les problèmes d'anxiété et de dépression seront réduits.

Plusieurs critiques s'inquiètent de la sécurité de tels programmes d'entraînement pour des personnes à risque d'accident cardiaque élevé. Dr Legault remarque: «En début de programme, les patients ont sûrement intérêt à être suivis de près, ne serait-ce que pour être rassurés.» Encore faut-il qu'ils y soient incités. «Il reste beaucoup de travail à faire pour inciter les médecins à prescrire davantage les programmes de réadaptation aux patients», déplore Sylvie Legault.

Quod erat demonstrandum

Benoît Lacroix

L'esprit était à la fête pour cette 5^e édition du Symposium international de Québec, comme l'ont prouvé les 600 convives qui ont participé au dîner champêtre de jeudi soir. «C'est sans aucun doute le meilleur succès à date», résume Jean Jobin à propos de l'édition 2007. Il souligne le haut niveau de qualité des interventions, y compris celles des étudiants, et félicite l'équipe de bénévoles pour son travail exceptionnel.

Débat ahurissant sur l'angioplastie

Mélanie Robitaille

Le cardiologue Paul Poirier de l'hôpital Laval de Québec a réservé toute une surprise à l'assistance du débat contradictoire du vendredi après-midi. Après avoir défendu bec et ongles son premier point de vue, il a tout renié et s'est prononcé du même avis que son collègue Martin Juneau de l'Institut de cardiologie de Montréal. Quel comédien!

Les attaques amicales abondaient pourtant en début de séance. Dans une atmosphère où le rire côtoyait les exposés techniques, les deux cardiologues ont analysé la méthodologie et les résultats de la récente étude COURAGE (Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation). L'hypothèse de l'étude voulait que l'angioplastie soit supérieure aux médicaments pour traiter l'angine. Mais cette technique n'a montré aucun bénéfice pour des patients qui doivent de toute manière prendre des médicaments. De plus, elle coûte six fois plus cher que le traitement aux seuls médicaments et présente des risques de complication.

Le Dr Poirier essayait au départ d'invalider l'étude en attaquant son côté statistique. «Maladie coronarienne, traitement mécanique ou médical?» devait lancer les hostilités mais a rallié les deux protagonistes du côté de l'approche médicamenteuse, mais surtout, globale. Ils ont insisté sur le fait de rendre les patients responsables de leur santé et de leur guérison par l'alimentation, l'activité physique, les médicaments nécessaires et le moins possible de traitement chirurgical.

Selon Mathieu Simon, pneumologue et maître de cérémonie du Symposium: «Il y a consensus parmi les conférenciers. La preuve est faite que la prévention et la réadaptation cardiorespiratoire sont efficaces. Il reste maintenant à transmettre le message à l'ensemble du monde médical et à la population.» L'invitation est donc lancée pour 2009, où la dimension psychosociale sera de retour, promet le Dr Jobin.

«Il faut arrêter de traiter des images de rétrécissement d'artère, il faut traiter des patients!», a lancé le Dr Poirier. «On a la sensation qu'il faut toujours faire quelque chose. Je suis pour que les patients se prennent en main et perdent du poids, qu'ils comprennent et agissent sur leur maladie de manière proactive.» Les deux admettent être peu nombreux à partager cette vision de la cardiologie. «Les autres ne lisent pas la littérature. Les preuves scientifiques contre l'angioplastie s'accumulent depuis des années», poursuit le Dr Poirier.

Le Dr Juneau estime qu'il y aurait 30% des angioplasties qui sont exécutées au Québec sans nécessité. Montrant une ancienne publicité télévisée vantant les cigarettes chinoises par des médecins, le Dr Juneau a fait remarquer que ce qui apparaît maintenant aberrant appartient à un passé assez récent. Au sujet de l'angioplastie, il conclut: «Ça va peut-être prendre 10 ans avant que notre mentalité change, mais au moins c'est commencé.»



Le cardiologue Paul Poirier, les modérateurs Marcel Gilbert et Michel White ainsi que le second débattre, le Dr Martin Juneau, lors du débat contradictoire du 15 juin 2007.

La réadaptation meilleure que les pilules

Mélanie Robitaille

«La meilleure manière de traiter les patients MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique), c'est la réadaptation» selon le Dr Marc Decramer, du Centre hospitalier de l'Université de Louvain en Belgique, pendant la conférence souvenir Jean-Jacques-Gauthier. Mais il faut de la patience et de la persévérance: les résultats physiologiques d'une vie plus active se détectent seulement au delà de 3 mois.

Les patients MPOC ont une masse musculaire moins grande que les gens en santé parce qu'ils sont moins actifs. De plus, le Dr Decramer a calculé qu'à l'hôpital, leur masse musculaire diminue de «1% par jour entre le jour 3 et le jour 8». «Étant donné que les crises surviennent aux quelques mois, leur reprise de masse musculaire n'est pas totale quand arrive la crise suivante», précise le Dr Mathieu Simon, pneumologue à l'Hôpital Laval de Québec.

Le Dr Decramer a observé chez les rats que le médiateur de l'inflammation nommé IL-6 pouvait contribuer à l'atrophie musculaire, sans pour autant être la seule responsable. Mais dans les biopsies de

muscle des patients MPOC, il n'a détecté qu'une faible présence d'IL-6. «Les travaux du Dr Decramer nous amènent un peu plus d'humilité puisque la balance inflammatoire et anti-inflammatoire est un mécanisme extrêmement difficile à définir, affirme le Dr Simon. Quand on bloque par un médicament un seul médiateur de l'inflammation chez un patient MPOC, on joue à l'apprenti sorcier. Tirer sur une cible, c'est rater l'ensemble.»

Le Dr Decramer croit par-dessus tout en la réadaptation pour les patients MPOC, même si la moitié des patients attendent 3 mois pour en ressentir les bénéfices, et 15% attendent 6 mois. «Le meilleur outil pour augmenter la qualité de vie des patients MPOC et préserver leurs muscles est l'activité physique.» termine-t-il. Dr Simon l'appuie totalement en ce sens: «Il est futile de penser qu'une pilule qui bloque l'IL-6 va empêcher la fonte musculaire chez les patients MPOC. Il faut donc une intervention plus systémique: la réadaptation. Après avoir été dans le très pointu, on se retrouve à dire que la seule façon d'influencer favorablement ce complexe système inflammatoire, c'est de faire de la réadaptation.»