

LU POUR VOUS Le régime alimentaire et l'exercice réduisent les gonalgies chez les patient-es en surpoids ou obèses

Une équipe du Département de la santé et de l'exercice de Caroline du Nord a étudié, dans un essai clinique randomisé, l'effet du régime alimentaire et de l'exercice sur les gonalgies chez les patient-es de plus de 50 ans souffrant de gonarthrose et de surpoids ou d'obésité (indice de masse corporelle > 27 kg/m²), en milieu

communautaire. Le résultat principal était la différence des gonalgies selon le score WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index), de 0 (aucune) à 20 (sévère), testé par mesures répétées entre les deux groupes (intervention n = 414 ayant bénéficié d'un régime et d'exercice

physique versus groupe contrôle (n = 409)). Parmi les 823 patient-es randomisé-es (âge moyen: 64,6 ans; 637 (77%) femmes), 80% ont terminé l'essai. Lors du suivi à 18 mois, le score moyen ajusté de la douleur WOMAC était de 5,0 dans le groupe d'intervention (n = 329) contre 5,5 dans le groupe contrôle (n = 316) (différence ajustée: -0,6; IC 95%: de -1,0 à -0,1; p: 0,02). Sept résultats secondaires ont été mesurés, dont 5 étaient significativement meilleurs dans le groupe d'intervention, notamment le changement moyen du poids corporel, soit de -7,7 kg (8%) dans le groupe d'intervention (n = 289) et de -1,7 kg (2%) dans le groupe contrôle (n = 273) (différence moyenne: -6,0 kg; IC 95%: de -7,3 à -4,7 kg). Par ailleurs, on déplore 169 événements indésirables graves, dont aucun n'était définitivement lié à l'étude, et 729 événements indésirables, dont 32 (4%) étaient définitivement liés à l'étude dont: 10 blessures corporelles (9/1 dans

le groupe intervention/groupe contrôle), 7 claquages musculaires (6/1) et 6 chutes (6/0).

Commentaire: les patient-es souffrant de gonarthrose associée à un surpoids ou une obésité bénéficient d'interventions par régime et exercice physique tant pour réduire les douleurs que pour diminuer la surcharge pondérale et peuvent probablement avoir un impact secondaire sur les facteurs de risque cardiovasculaire. Il reste donc nécessaire de motiver nos patient-es à se mobiliser le plus possible.

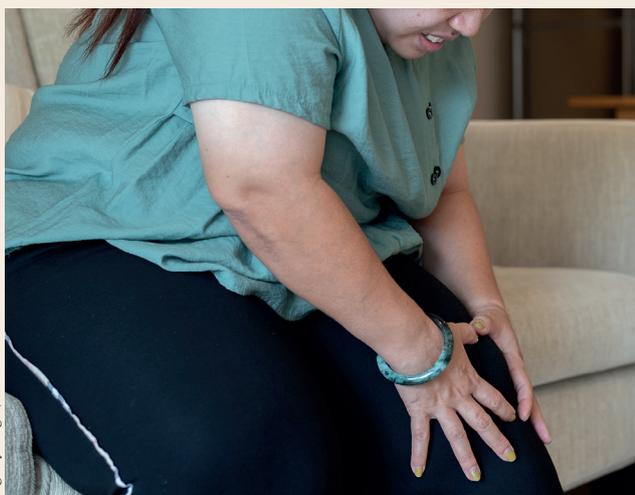
Dre Silva Auer

Unisanté, Lausanne

Coordination: Dr Jean Perdrix

Unisanté (jean.perdrix@unisante.ch)

Messier SP, et al. Effect of diet and exercise on knee pain in patients with osteoarthritis and overweight or obesity. A randomized clinical trial. *JAMA*. 2022;328(22):2242-51. DOI:10.1001/jama.2022.21893



© gettyimages/PIStock

CARTE BLANCHE

CRÉATIVITÉ



Dr François Pilet

Chemin d'Outé 3
1896 Vouvry
francoispilet@vouvry-med.ch

Dans ce lien intime qui rassemble l'être et le faire, se développe la créativité, qui nourrit le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue.¹

L'un des nombreux rôles du médecin de famille consiste à accueillir le sentiment d'abandon

ressenti par certains patients qui reviennent d'une xième consultation spécialisée et qui racontent: «Ils se sont bien occupés de moi, ils ont fait beaucoup d'exams, ont essayé plusieurs traitements, sans succès, mais la dernière fois, ils m'ont dit: "Là, Madame, nous ne pouvons vraiment plus rien pour vous. Vous verrez la suite avec votre médecin traitant".» Que va-t-il bien pouvoir faire, ce médecin de famille? Avec l'équipe d'enseignants en médecine générale de la Faculté de Lausanne, nous avons mis sur pied un cours à option où chacun de nous proposait un thème qui lui paraissait spécifique à notre métier. J'avais choisi:

La créativité du médecin généraliste. Lorsque le spécialiste jette l'éponge.

Ça ne se voulait pas une critique des spécialistes, qui nous sont absolument indispensables, qui nous apprennent beaucoup dans leur domaine et avec qui nous entretenons d'excellentes relations. Mais c'est une réalité: dans un nombre important de situations chroniques, la médecine, même la plus spécialisée, a ses limites et le médecin de famille se retrouve souvent seul pour accompagner son patient au-delà de ces limites. Pour ce cours, je racontais des histoires vécues. Il s'agissait de situations complexes, apparemment sans issue. Par groupes de deux, les étudiants étaient

invités à mobiliser leur créativité pour proposer des solutions, sachant qu'il n'y avait pas de réponses justes ou fausses. Ils ne manquaient pas d'idées. Je leur partageais ensuite celle que j'avais imaginée dans la réalité.

Une de ces histoires, la moins complexe mais la plus touchante, était la suivante: *Angèle est veuve. Née au début du 20^e siècle, elle avait quitté la région pour suivre son mari douanier puis est venue vivre sa retraite au pays. Elle n'a plus de famille. De caractère très jovial, Angèle prend toujours la vie du bon côté, mais elle commence à présenter des troubles cognitifs assez importants. Elle n'a pas envie d'aller dans la maison pour personnes âgées.*



soin d'Angèle, qui est souvent désorientée, et compenser ses oublis. Elle l'aidera à faire ses repas et ira faire des courses pour elle. Et de plus, Henriette recevra un petit salaire qui arrondira avantageusement sa maigre rente.

Cette association co-thérapeutique a bien fonctionné pendant plus de deux ans, à la satisfaction des deux et de leur médecin. Une belle aventure!

Bienheureuse liberté dont jouit le médecin de famille! Idée rendue possible par une longue relation de confiance. De plus, cette initiative échappe aux contrôles multiples mis en place dans le système de santé, pour une raison toute simple: elle ne coûte pas un sou!

1 Boinnard Y. Le Temps perdu. Éd. St-Augustin; 2003: 68.

Dans le même immeuble vit Henriette, divorcée, vingt ans de moins qu'Angèle. Elles ne se connaissent pas. Henriette a trois fils, mais elle n'a plus de contact avec eux. Elle n'a aucune famille dans la région. Ayant trimé toute sa vie dans une usine, elle se trouve maintenant à la retraite, avec un maigre revenu, après quelques années de chômage. Le

seul compagnon d'Henriette est le vin rouge, qu'elle va acheter quotidiennement au village, en trottinant de son pas chancelant. Sa santé, déjà fragilisée par une opération du cœur, est de plus en plus menacée par cet alcoolisme. Henriette n'accepte pas qu'on parle de sa consommation d'alcool. Que faire? Avec l'accord de chacune, j'imagine

le scénario suivant: je vais les présenter l'une à l'autre, puis Angèle, si elle le souhaite, engagera Henriette comme dame de compagnie. Angèle pourra ainsi «surveiller» un peu la consommation d'alcool d'Henriette, tout en lui procurant une compagnie agréable et joviale, et surtout en redonnant du sens à sa vie. De son côté, Henriette pourra prendre

ZOOM

Prise en charge de l'hypertension artérielle résistante

La dénervation rénale génère un intérêt grandissant pour le contrôle de l'hypertension artérielle (HTA) résistante. Les études et indicateurs positifs concernant cette intervention se multiplient. Les effets indésirables semblent négligeables face aux bénéfices d'une baisse durable de la tension artérielle (TA). Après les études SPYRAL et RADIANCE, nous revenons sur l'étude SIMPLICITY HTN-3 après 36 mois de suivi, sachant que celui à 6 mois ne montrait pas de modification significative de la TA.

Méthode: étude randomisée en simple aveugle, avec groupe contrôle, multicentrique (88 centres aux États-Unis). Inclusion: adultes de 18 à 88 ans avec HTA résistante au traitement, définie par une TA systolique itérativement > 160 mmHg ou >135 mmHg en mesure continue sur 24 heures, malgré 3 antihypertenseurs au moins, dont un diurétique. Exclusion: HTA secondaire, hospitalisations récurrentes pour urgences hypertensives et certaines caractéristiques anatomiques. Intervention: dénervation de l'artère rénale par radiofréquence (n = 364) vs angiographie rénale seule pour le groupe contrôle (n = 171). Après 6 mois, les patients du groupe contrôle

passent dans le groupe dénervation s'ils restent hypertendus (n = 101). Le suivi est effectué par consultations et par enregistrement de la TA sur 24 heures. Issues principales: changement de la TA entre les deux groupes à 36 mois de suivi ainsi que sécurité du traitement (avec score composite).

Résultats: à 36 mois de la dénervation rénale, on note une diminution significative de la TA par rapport au groupe contrôle (-22,1 mmHg au cabinet et -16,5 mmHg lors d'un enregistrement de la TA sur 24 heures, ceci avec un p: < 0,0001). La proportion d'événements indésirables est similaire dans les 2 groupes.



Conclusion: cette étude apporte de nouvelles évidences plaçant en faveur de la dénervation rénale pour la gestion de l'HTA résistante. À noter que l'étude est financée par Medtronic, l'entreprise développant le matériel utilisé. Il conviendrait maintenant de réaliser une étude indépendante, à grande échelle et tenant compte des traitements administrés aux patients pour envisager d'utiliser cette technique au quotidien.

Dr Bastien Métraux
Avec la collaboration du groupe MIAjour, Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

Bhatt DL, Vaduganathan M, et al. Long-term outcomes after catheter-based renal artery denervation for resistant hypertension: final follow-up of the randomised SYMPLICITY HTN-3 Trial. Lancet. 2022 Oct 22;400(10361):1405-16. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)01787-1