Les témoignages des patients peuvent-ils servir de preuves scientifiques? L'aponévrosite plantaire – 2^e partie

Après avoir contribué pendant cinq ans à l'éditorial de cette revue, il semblerait que mon éditorial récent sur l'aponévrosite plantaire ait été le plus lu¹. Pas trop mal pour une physiothérapeute pédiatrique! Je pense (et j'espère) que le message de cet éditorial – comment accéder à la documentation de recherche pertinente pour guider votre pratique clinique par le truchement de PubMed et Google ou Google Scholar – est la partie qui a le plus intéressé les lecteurs plutôt que l'affection musculo-squelettique dont je souffrais et comment elle cible surtout la population d'âge moyen.

Comme vous vous le rappellerez, j'avais cherché la documentation offerte (sans abonnement) pour le diagnostic et le traitement de l'aponévrosite plantaire dont je souffrais depuis longtemps¹. Selon cette recherche quelque peu limitée, j'ai conclu que je devrais acheter et porter des garnitures intérieures de chaussures préfabriquées avec des chaussures de course neuves, effectuer trois fois par jour pour l'aponévrosite plantaire des exercices d'étirement axés sur les tissus, prendre de l'ibuprofène, cesser de faire du jogging et de la marche rythmée jusqu'à ce que la douleur soit résorbée. Bien que je n'aie pas été la patiente la plus modèle, aucun de ces traitements ne semblait efficace et la douleur persistait. En qualité de consommatrice fière qui se base sur les preuves scientifiques, j'avais l'impression d'avoir complètement échoué. C'est alors qu'une de mes collègues m'a mentionné une physiothérapeute de pratique privée à Vancouver qui se spécialisait dans le traitement des affections du pied et j'ai décidé de tenter ma chance puisque je n'y arrivais pas toute seule.

PHYSIOTHÉRAPIE POUR L'APONÉVROSITE PLANTAIRE

Bien que cette praticienne privée ait une excellente réputation et soit propriétaire d'une clinique très prospère, j'ai été un peu surprise lorsqu'elle m'a suggéré de « mobiliser » les articulations du pied et de la cheville du membre affecté. Je n'avais rien vu dans le compte rendu de recherche qui suggère que la mobilisation articulaire serait efficace à soulager une douleur de longue date dans l'aponévrose plantaire. Ça n'avait aucun sens anatomique ni biomécanique, selon moi. En outre, sa prémisse pour cette approche se basait sur les connaissances qu'elle avait acquises en suivant un cours sur

le traitement neurodéveloppemental (NDT). J'ai bien essayé de suivre sa logique sur le rapport entre le système nerveux et le système musculo-squelettique mais j'étais extrêmement sceptique à une approche qui n'était pas décrite dans la documentation de recherche que j'avais lue.

Outre la mobilisation articulaire lors de la première visite, la physiothérapeute me faisait travailler sur l'équilibre debout sur un pied pour chaque extrémité inférieure et a aussi appliqué des ultrasons à l'aponévrose plantaire de mon pied affecté. Elle m'a ensuite bandé le pied et la cheville et m'a recommandé de rouler la plante du pied sur une balle de tennis comme activité à domicile, un exercice que j'avais vu dans la documentation que j'avais déjà étudiée. Avant les traitements de cette première visite, la thérapeute avait appliqué une pression sur le « point chaud » de ma douleur. Après la mobilisation articulaire, elle a appliqué de nouveau une pression sur le même point et la douleur a diminué de façon marquée. J'ai commencé à avoir confiance en l'efficacité réelle de cette forme de traitement. Et lorsque je me suis levée pour quitter la clinique, j'étais encore plus convaincue que la « magie » était vraiment efficace!

Lors des trois visites subséquentes, la physiothérapeute a continué la mobilisation articulaire – pas seulement de mon pied et de ma cheville, mais aussi de ma hanche du côté affecté. Parmi les autres traitements, il y a eu la stimulation électrique à l'aponévrose plantaire affectée et j'ai pratiqué une station debout sur un pied à domicile. Cependant, j'étais certaine que la mobilisation avait fait toute la différence pour soulager la douleur au talon qui avait mis un terme depuis sept mois au jogging récréatif auquel je m'adonnais depuis toujours.

Au deuxième ou troisième rendez-vous, quand je me suis mise à croire réellement aux vertus de la mobilisation articulaire pour l'aponévrosite plantaire, j'ai suggéré à la physiothérapeute de communiquer les résultats positifs de mon traitement dans un rapport de cas². À ce point, elle a roulé des yeux et je pense qu'elle devait se dire : « Pourquoi ai-je eu la "chance" d'avoir cette universitaire qui se base sur les preuves scientifiques comme patiente? » Inutile de dire, elle n'avait vraiment pas envie de se servir de moi comme étude de cas dans sa pratique très achalandée.

RÉSULTATS ET TÉMOIGNAGES DE PATIENTS

Il n'a fallu que quatre séances de traitement de physiothérapie, dont chacune incluait la mobilisation articulaire, sur une période d'un mois pour provoquer ma «guérison». Franchement, les résultats se sont avérés remarquables étant donné que même me tenir debout et marcher m'étaient douloureux pendant les sept mois précédents et je n'avais pas fait de jogging pendant les huit derniers mois.

Sur les conseils de la physiothérapeute, j'ai progressivement commencé à augmenter mon régime de marche hebdomadaire de 10-15 milles à 15-20 milles, mais pour des séances de seulement 30 minutes chacune, tel qu'elle me l'avait recommandé. Deux mois plus tard, j'ai terminé la série de traitements et j'ai repris le jogging, mais seulement deux à trois minutes de jogging en alternance avec la marche rythmée. La semaine dernière, environ trois mois et demi après avoir achevé mes traitements de physiothérapie d'un mois, j'avais à mon actif six heures et demie de marche rythmée et de jogging pour un total de 26 milles – un niveau d'exercice similaire à celui auquel je m'adonnais avant le début de l'aponévrosite plantaire.

Pourquoi suis-je convaincue que la physiothérapie (et spécialement la mobilisation) a fait toute la différence et m'a permis de reprendre mon niveau d'exercice précédent? Il y a plusieurs raisons qui pourraient toutes être réfutées par n'importe quel universitaire dit inflexible qui se base sur les preuves scientifiques: 1) il y a eu une baisse immédiate de la sensibilité du «point gâchette» dans mon talon après la première séance de mobilisation articulaire; 2) la douleur de mon talon a continué de diminuer après chacun des trois traitements subséquents; et 3) je peux maintenant marcher et faire du jogging, sans douleur au talon, à la même intensité et pour la même durée qu'avant l'aponévrosite.

Les sceptiques pourraient présenter des contre-arguments à ces témoignages, comme dans un article à propos de la médecine douce et des erreurs de raisonnement fréquentes: 1) la physiothérapeute qui m'a traitée avait une réputation de réussite solide dans le traitement des problèmes du pied et de la cheville et moi, comme patiente, croyais en ses capacités, p. ex. effet placebo; 2) la pratique de la mobilisation et sa «magie» pour quelqu'un qui n'avait pas déjà connu ce type de traitement était toute-puissante – encore un effet placebo?; 3) l'aponévrosite plantaire avait suivi son cours normal et s'était spontanément résolue en sept mois. Ce dernier contre-argument peut certainement être soutenu, car les symptômes de plus de 80% des patients se sont résolus en 12 mois⁴.

PREUVES SCIENTIFIQUES POUR LA MOBILISATION ARTICULAIRE DANS L'APONÉVROSITE PLANTAIRE

Que dit la documentation de recherche à propos de la mobilisation ou de la manipulation dans le traitement de

l'aponévrosite plantaire? La brève réponse est «presque rien». Selon ma réussite récente en tant que patiente, j'ai exécuté une recherche PubMed rapide en utilisant les termes «aponévrosite plantaire ET mobilisation articulaire» et ensuite «aponévrosite plantaire ET manipulation articulaire». Les résultats de la première recherche n'ont révélé qu'un seul article, une série de cas rétrospective de 2006 à propos de 15 patients qui avaient tous subi une intervention chirurgicale, c.-à-d., fasciotomie plantaire, pour le traitement de leur douleur latérale au pied avant de recevoir une mobilisation ou une manipulation du pied ou de la cheville par un chiropraticien pour une douleur récalcitrante⁵. Le deuxième ensemble de termes de recherche, avec «manipulation», a repéré le même article⁵ et seulement un autre qui n'était pas spécialement pertinent, c.-à-d., un examen radiologique pour une aponévrosite plantaire réfractaire⁶. (La recherche a été effectuée en anglais.)

L'absence relative de recherche publiée sur les effets de la mobilisation ou de la manipulation articulaire dans le traitement de l'aponévrosite plantaire est corroborée par le fait que ces études n'ont pas été citées dans l'étude Cochrane récente (2003) sur ce sujet⁷ ni dans le rapport de synthèse de 2004 du *New England Journal of Medicine*⁴. Cependant, un ensemble de lignes directrices pour la pratique clinique (LDPC) sur l'aponévrosite plantaire⁸ publié récemment et utilisant le terme «thérapie manuelle» par rapport à mobilisation ou à manipulation articulaire, signale deux autres études – une série de cas sur quatre patients⁹ et un rapport de cas¹⁰. Dans cette série de cas⁹, tous les patients avaient reçu une combinaison de mobilisation et de manipulation, ainsi que des exercices d'étirement. Deux des quatre se sont vu prescrire des orthèses plantaires et un troisième des exercices d'étirement en plus de thérapie manuelle et d'exercices d'étirement. Les quatre patients ont connu un soulagement de la douleur et une amélioration de la fonction. Dans le rapport de cas, un patient a reçu une mobilisation active et passive ainsi qu'un *Low Dye Taping* et des exercices thérapeutiques. Ce patient a aussi connu une résolution de la douleur et une amélioration fonctionnelle de la station debout et de la marche.

Des recherches publiées très limitées pour un traitement qui semblait certes efficace dans mon propre cas soulignent davantage l'importance des cliniciens qui conduisent (et publient) d'autres rapports de cas² ou séries de cas. De nombreuses études publiées sur l'évaluation de différents traitements pour l'aponévrosite plantaire ont utilisé des échelles visuelles analogues (EVA) pour l'évaluation de la douleur au talon comme résultat principal⁷. Avec du recul, si ma propre physiothérapeute m'avait demandé de me soumettre à une première EVA avant ma série de traitements puis à une autre à la conclusion des traitements, nous aurions eu des preuves scientifiques objectives et axées sur le client de la réussite du traitement.

Il aurait été encore plus significatif, du point de vue de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)¹¹, de surveiller et de mesurer les changements dans mon activité et ma participation, c.-à-d., reprise du jogging et activité physique hebdomadaire accrue, comme résultats. Heureusement, les LDPC publiées récemment⁸ sont liées à la CIF et fourniront une ressource extrêmement précieuse aux cliniciens qui traitent des patients aux prises avec l'aponévrosite plantaire.

À la lumière du fait que seuls trois mémoires de recherche ont été publiés, auxquels ont participé seulement 20 patients^{5,9,10}, même un rapport de cas prospectif « basé sur une seule personne » et examinant les effets de la mobilisation articulaire dans le traitement de l'aponévrosite plantaire constituerait une contribution importante à cette documentation limitée et pourrait encourager d'autres cliniciens à faire de même, créant ainsi un ensemble de preuves scientifiques.

TÉMOIGNAGES DE PATIENTS PAR RAPPORT AUX PREUVES SCIENTIFIQUES

Les témoignages de patients peuvent-ils constituer des preuves scientifiques? Certainement pas, du moins selon le Centre for Evidence-Based Medicine à l'Oxford University¹². Le niveau le plus faible de preuves scientifiques (niveau 5) pour l'efficacité de la thérapie est « l'opinion experte sans évaluation clinique explicite »¹². Cependant, une série de cas sur des patients atteints de l'aponévrosite plantaire traités à l'aide de la mobilisation ou de la manipulation articulaire pourrait au moins faire partie de la table de preuves scientifiques au niveau 4 et serait une contribution très précieuse à la documentation de recherche très limitée sur l'efficacité de ce traitement. En outre, c'est exactement le type de série de cas que nous serions très désireux de publier dans *Physiotherapy Canada*!

Malheureusement, nous ne saurons jamais si la réussite de mon retour dans la ligue des athlètes récréatifs de la génération du « baby-boom » est due à la mobilisation articulaire ou à un effet placebo, aux compétences d'une physiothérapeute musculo-squelettique chevronnée ou à une rémission spontanée de mon malaise. En tant que patiente de cette histoire, je crois fermement que la mobilisation fait toute la différence. En ma qualité usuelle d'universitaire critique, qui se base sur des preuves scientifiques, je crois cependant qu'on ne peut pas encore se prononcer. Je laisse le soin à mes collègues cliniciens de poursuivre et de publier une série de rapports de cas qui pourrait confirmer ces propos.

MOT DE LA FIN

C'est mon dernier éditorial en tant que rédactrice en chef de cette revue puisque je quitte ce poste en

octobre 2008. Durant les cinq années et demie où j'ai été rédactrice scientifique ou rédactrice en chef, j'ai eu le privilège de travailler avec un comité de la rédaction extrêmement doué et dévoué, avec plus de 100 réviseurs de manuscrits et de livres consciencieux et constructifs et un personnel de la revue de l'ACP travailleur et diligent. J'aimerais surtout remercier Paul Stratford qui prend la relève et assume le rôle de rédacteur en chef dès octobre 2006. J'ai eu l'immense plaisir de travailler étroitement avec Paul au cours des deux dernières années et de voir évoluer la revue sous son leadership motivateur.

Finalement, j'aimerais remercier tous ceux parmi vous qui ont contribué à la revue scientifique en qualité d'auteurs pendant que j'étais rédactrice en chef. Je tiens aussi à vous remercier d'avoir cru en cette revue et en moi. Certains d'entre vous sont des auteurs chevronnés et respectés qui sont désireux de faire progresser cette revue grâce à des soumissions continues, même s'il m'a été impossible d'inscrire la revue à MEDLINE. Pour d'autres parmi vous qui êtes des auteurs en herbe ou des étudiants, cette revue a fourni un « domicile » à votre première publication. Lorsque j'ai assumé la direction de la revue en tant que rédactrice scientifique en 2003, l'un de mes objectifs était d'assurer le mentorat des auteurs en herbe qui soumettaient leur premier article à une revue scientifique. En grande partie grâce à nos rédacteurs en chef adjoints et à nos critiques collègues, je crois que cet objectif a été atteint.

Paul et moi (et tout le comité de la rédaction) sommes enthousiasmés à l'idée de souhaiter la bienvenue à Dina Brooks, nouvelle rédactrice scientifique de *Physiotherapy Canada*. Dina est rédactrice en chef adjointe pour la revue depuis le début de mon premier mandat en mars 2003 et s'est révélée un soutien constant pour moi pendant les « hauts et les bas » qu'a connus la revue pendant cette période. Nous sommes confiants que Dina proposera des idées nouvelles et créatives et réussira à rendre cette revue meilleure que jamais!

Susan R. Harris
Rédactrice en chef

RÉFÉRENCES

1. Harris SR. Aponévrosite plantaire: Quelles sont les options d'un consommateur averti? [éditorial]. *Physiother Can.* 2008;60:3-5.
2. Harris SR. À propos des rapports de cas [éditorial]. *Physiother Can.* 2004;56:183-85.
3. Beyerstein BL. Alternative medicine and common errors of reasoning. *Acad Med.* 2001;76:230-7.
4. Buchbinder R. Plantar fasciitis. *New Engl J Med.* 2004;350:2159-66.
5. Wyatt LH. Conservative chiropractic management of recalcitrant foot pain after fasciotomy: a retrospective case review. *J Manip Physiol Ther.* 2006;29:398-402.
6. Kell PM. A comparative radiologic exam for unresponsive plantar fasciitis. *J Manip Physiol Ther.* 1994;17:34.

7. Crawford F, Thomson C. Interventions for treating plantar heel pain. Cochrane Database Syst Rev. 2003;3:CD000416.
8. McPoil TG, Martin RL, Cornwall MW, Wukich DK, Irrgang JJ, Godges JJ. Heel pain—plantar fasciitis: clinical practice guidelines linked to the international classification of function, disability, and health from the orthopaedic section of the American Physical Therapy Association. J Orthop Sport Phys Ther. 2008;38: A1–18.
9. Young B, Walker MJ, Strunce J, Boyles R. A combined treatment approach emphasizing impairment-based manual physical therapy for plantar heel pain: a case series. J Orthop Sport Phys Ther. 2004; 34:725–33.
10. Meyer J, Kulig K, Landel R. Differential diagnosis and treatment of sub-calcaneal heel pain: a case report. J Orthop Sport Phys Ther. 2002; 32:114–22.
11. Organisation mondiale de la santé [OMS]. Vers un langage commun pour le fonctionnement, le handicap et la santé, CIF. Genève, Suisse : OMS; 2002.
12. Centre for Evidence-Based Medicine [page d'accueil dans l'Internet]. Oxford; Le Centre; sans date [cité le 14 août 2007], accessible à l'adresse suivante : <http://www.cebm.net/index.asp>.

DOI:10.3138/physio.60.4.292