

L'exercice : un médicament

Garder les enfants atteints d'arthrite actifs

Par Kristin Houghton, M.D., M.Sc., FRCPC, Dip. Med. Sport



L'importance de l'activité physique (AP) pour la santé et le bien-être est claire. Il existe une relation linéaire entre l'AP et la santé : les personnes actives et en forme vivent plus longtemps, plus heureuses et plus en santé. Pourtant, même si les bienfaits extraordinaires de l'AP sont bien connus, la forte prévalence de l'inactivité physique demeure un problème de santé publique majeur. Il est estimé qu'au moins 50 % des enfants canadiens ne sont pas assez actifs pour optimiser leur croissance et leur développement et que 90 % des enfants n'adhèrent pas aux lignes directrices recommandées en matière d'AP (60 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse [APMV] par jour avec au moins trois jours par semaines d'activité d'intensité vigoureuse, y compris des activités qui renforcent les muscles et les os).

L'exercice est le médicament dont tout le monde a besoin. L'exercice est la « drogue » idéale : sûre, peu dispendieuse, largement accessible et la « dose » peut être personnalisée. L'exercice est maintenant considéré comme un volet important du traitement des enfants atteints d'arthrite juvénile idiopathique (AJI). La recher-

che a démontré que la kinésithérapie est sûre et peut améliorer les résultats cliniques à court terme, le fonctionnement, la qualité de vie et la forme physique. Les enfants souffrant d'arthrite aiguë pourraient commencer par des exercices thérapeutiques visant à améliorer l'amplitude de mouvement, la force neuromusculaire et la proprioception autour des articulations. Si la raideur matinale est un problème, ces enfants peuvent faire de l'exercice plus tard dans la journée. Dans un cas d'arthrite inactive, l'enfant peut participer à des sports récréatifs et compétitifs appropriés pour son âge.

En tant que médecins, nous pouvons encourager l'AP et l'exercice. Le simple fait de poser des questions sur l'AP indique au patient et à sa famille que l'AP est importante. Les médecins devraient s'informer du niveau actuel d'AP (les « signes vitaux » de l'exercice) à chaque visite. Des études en contexte de soins primaires ont démontré qu'une intervention de deux à quatre minutes peut efficacement promouvoir l'AP. Une ordonnance d'exercice applique le principe FITT (fréquence, intensité, temps [durée] et type). Chez les patients inactifs, commencez par

(suite au bas de la page 9)



L'équipe « Cassie and Friends » lors du demi-marathon de 5 km du Défi caritatif Banque Scotia, qui s'est tenu le 26 juin 2016 à Vancouver. « Cassie and Friends » est un groupe de pression dirigé par des parents pour les enfants atteints d'arthrite juvénile et autres maladies rhumatismales. L'équipe a été nommée championne de la collecte de fonds pour la 9^e année consécutive.

Ce projet diffère de l'étude ReACCh-Out par l'inclusion de beaucoup plus de chercheurs en dehors du domaine de la rhumatologie pédiatrique, avec plusieurs kinésiologues et des analystes de données d'études longitudinales. L'étude a débuté en 2011 et à ce jour, près de 700 patients ont été inscrits. L'ensemble de données comprend des données démographiques, l'information clinique détaillée, incluant l'utilisation de médicaments et les données de laboratoire, les évaluations globales par le médecin et le patient/parent, les questionnaires sur le fonctionnement et la qualité de vie et un questionnaire sur l'activité physique. Un sous-groupe des patients de l'étude LEAP fournit aussi des échantillons biologiques à certaines visites de l'étude, des données d'accélérométrie, une analyse structurale détaillée des os et des tests de la fonction musculaire. Cette étude compte acquérir de l'information spécialisée et assez détaillée sur le lien entre l'AJI et l'activité physique et sur les effets de l'activité physique sur l'AJI, avec un accent particulier sur les effets sur les os et les muscles, de même que les effets sur les biomarqueurs mesurés. De plus, l'établissement de liens avec les échantillons biologiques longitudinaux offre la possibilité d'explorer des biomarqueurs novateurs dans le contexte de l'évolution de la maladie au fil du temps. Un certain nombre de résumés découlant de cette étude ont été présentés à des réunions scientifiques et quelques articles descriptifs préliminaires sont en cours de préparation. Plus récemment, CAPRI a entrepris le développement d'un registre national visant le suivi de tous les enfants canadiens atteints d'AJI.

Après plusieurs années d'intenses discussions et de débats, la « Section pédiatrique » a été formée en 2006 en tant que première section de la SCR. Cette section représente l'évolution de son prédécesseur, l'Association canadienne de rhumatologie pédiatrique (ACRP), constituée en 1986, après la reconnaissance qu'en unissant leurs efforts, la SCR comme l'ACRP deviendraient de plus solides entités. La section se veut un moyen de renforcer la voix de la rhumatologie pédiatrique à travers le Canada et son attention se porte notamment sur la défense des intérêts, l'éducation et la planification des ressources humaines (voir l'article de la Dre Janet Ellsworth à la page 15). Au cours des quelques dernières années, le groupe a œuvré pour l'accès au naproxène liquide et à l'hexacétonide de triamcinolone qui n'étaient plus disponibles pour nos patients.

Grâce à nos effectifs accrus et un solide esprit de collaboration, notre avenir s'annonce prometteur. De jeunes et talentueux rhumatologues pédiatriques canadiens bien formés et débordants d'énergie sont en place et ne manqueront certainement pas de produire des études de haute qualité et d'attirer la crème des stagiaires vers notre domaine de spécialisation. Le potentiel est énorme et l'avenir s'annonce effectivement très prometteur.

Ronald M. Laxer, M.D., C.M., FRCPC
Professeur, départements de pédiatrie et de médecine,
Université de Toronto
Rhumatologue titulaire, The Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)

L'exercice : un médicament

Garder les enfants atteints d'arthrite actifs *(suite de la page 7)*

des AP de plus faible intensité et augmentez graduellement la durée et l'intensité au fil du temps avec pour objectif d'atteindre la durée recommandée d'une heure d'APMV par jour. Il est important de rédiger une ordonnance d'exercice, car cela indique que l'AP et l'exercice sont thérapeutiques. Si un enfant a besoin d'une adaptation personnalisée de l'ordonnance d'exercice pour un problème unique ou complexe, le renvoi à un spécialiste en kinésithérapie ou autre spécialiste de l'exercice physique est recommandé. Finalement, il est important de faire un suivi pour noter les progrès, résoudre les problèmes et fixer des objectifs.

L'ordonnance d'exercice en contexte d'AJI évoluera au fil des avancées de la recherche dans ce domaine et les rhumatologues canadiens sont en tête de file. L'étude LEAP (*Linking Exercise, Physical Activity and Pathophysiology in Childhood Arthritis*), basée sur une cohorte observationnelle longitudinale répartie dans 12 centres de rhumato-

logie pédiatrique à travers le Canada (n = 709), entend explorer les relations entre l'AJI, l'activité physique et le développement osseux et musculaire (www.leapjia.com).

En tant que médecins, nous sommes en position de promouvoir la puissance de l'exercice. Je vous encourage à relever le défi AP en suivant ces trois étapes simples : 1) questionner vos patients et leur famille sur l'AP à chaque consultation; 2) rédigez une ordonnance d'exercice; 3) faites un suivi pour noter les progrès, résoudre les problèmes et fixer des objectifs. Nous pouvons également donner le bon exemple en intégrant nous-mêmes l'AP et l'exercice dans notre quotidien.

Kristin Houghton, M.D., M.Sc., FRCPC, Dip. Med. Sport
Professeure agrégée de clinique
Division de rhumatologie, Département de pédiatrie,
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)