



Conduite à tenir en cas de cure thermale

Evidence Based Medicine

Recommandations officielles

Avis des experts

1. Quels sont les bénéfices des cures thermales dans les rhumatismes inflammatoires ?

Dans la PR, les recommandations de l'HAS (2007) considèrent que les cures thermales ont un bénéfice antalgique et fonctionnel dans les formes stables (grade C).

Dans la SA, les recommandations de l'HAS (2009) suggèrent un effet bénéfique de la crénobalnéothérapie sans que les données de la littérature et l'avis des professionnels ne permettent d'en préciser les indications. La crénothérapie avec exercice en groupe est supérieure à la rééducation hebdomadaire à domicile (niveau de preuve 2). Les recommandations de l'EULAR dans la SA reconnaissent que la cure thermale fait partie de la prise en charge physiothérapique.

Cette prise en charge crénobalnéothérapique est spécifique à certains pays comme la France, l'Allemagne ou l'Autriche. Différentes études ont été réalisées pour démontrer l'intérêt de ce type de prise en charge et évaluer le rapport bénéfice/ risque, en particulier dans certaines populations comme celles traitées par immuno-modulateurs.

2. Quels sont les risques infectieux liés aux cures thermales

Pendant une cure thermale, un patient risque d'être exposé à des risques d'infections transmises par les autres curistes (surtout des infections ORL bénignes) et en théorie à des infections nosocomiales, notamment la légionellose du fait de l'utilisation fréquente d'eau chaude. Ce risque de légionellose a été nettement atténué par des mesures d'hygiène draconienne dans les établissements thermaux, notamment depuis l'arrêté du 19 juin 2000 relatif à la gestion du risque microbien lié à l'eau minérale dans les établissements thermaux. En 2009, le nombre de cas de légionellose en stations thermales était inférieur à 1%, soit 7 cas sur les 1206 cas de légionellose déclarés annuellement en France, ce qui est inférieur aux 8% de légionelloses recensées à l'hôpital et 19% lors de voyages (1). Ainsi, le risque de légionellose pour un curiste est de 1/50000 à 1/100000, ce qui est nettement inférieur au risque d'un voyageur.

3. Quel est le risque infectieux du thermalisme chez des patients traités par anti-TNF α

Les anti-TNF α exposent à un risque infectieux, en particulier à des germes spécifiques comme la légionellose (étude RATIO) mais ce risque infectieux existe également avec d'autres immunosuppresseurs (2).

- Une étude prospective française (1995-98) de 465 curistes immunodéprimés a été menée dans la station thermale d'Aix-les-Bains (3). Il s'agissait de patients sous

immunosuppresseurs (corticoïdes, méthotrexate, cyclophosphamide, ciclosporine), de patients atteints de cancer et d'hémopathie maligne, de patients infectés par le VIH et des patients insuffisants respiratoires chroniques. Ces patients ont été comparés à une cohorte historique de curistes étudiées en 1992. Cette étude a montré que les patients "à risque" font plus d'épisodes infectieux, notamment bronchiques, que les patients de la série historique. Ce risque infectieux est significativement plus élevé que chez les patients recevant 10 mg au plus par semaine de méthotrexate associé à une corticothérapie.

- Dans une 2ème étude prospective (2002-2004) dans le même centre de cure, 376 patients à risque ont été comparés à 362 curistes témoins qui étaient définis comme curistes consultant immédiatement après le curiste à risque à la consultation du même médecin thermal (4). Parmi ces patients à risque, 22 étaient traités par anti-TNF α . Les résultats indiquent que les curistes à risque font plus d'infections que les curistes témoins (7,6% vs 4,9%, p=0,14). Ce risque d'infection est particulièrement élevé dans le sous-groupe de patients effectuant une cure des voies respiratoires et présentant une insuffisance respiratoire (55% vs 0%, p=0,03). L'analyse des 22 patients traités par biothérapie ne montre pas de différence avec seulement 2 infections (9%) sous biothérapie et 3 (13,6%) chez les témoins. Contrairement aux résultats de la 1ère étude, les patients sous méthotrexate et corticoïdes (même à forte dose) ne présentaient pas de risque infectieux supérieur. Ce travail, acceptable sur le plan méthodologique, ne semble pas démontrer de risque infectieux majeur chez les sujets immunodéprimés, en particulier sous biothérapie mais les faibles effectifs ne permettent pas de conclure.

4. Que faire en pratique en cas de demande de cure thermale chez un patient sous anti-TNF α

- Dans le Vidal, seules 7 stations sur les 81 centres recensés contre-indiquent une cure thermale chez les patients immunodéprimés. Selon les différents libellés, la cure peut être contre-indiquée en cas de "déficience immunitaire, notamment médicamenteuse" ou n'être qu'une "contre-indication relative pour les patients sous biothérapie".
- À ce jour, il n'y a pas de recommandation officielle des sociétés savantes ou d'autres institutions concernant l'autorisation de cure thermale pour les patients sous anti-TNF α .

Les recommandations du CRI reposent donc sur une analyse du bénéfice/ risque individuel qui dépend de différents facteurs.

* Chez un sujet âgé (sans que l'on puisse fixer de limite d'âge) et en cas de comorbidités significatives, notamment de pathologie pulmonaire, de diabète ou d'infections répétées, le risque infectieux est plus important, ce qui suggère une contre-indication relative aux cures thermales.

* Une PR très active justifie d'abord d'un contrôle de la maladie par le traitement, ce qui suggère qu'une crénobalnéothérapie ne se discute que chez les patients avec une maladie un peu active et éventuellement des séquelles pouvant bénéficier de cette prise en charge thérapeutique.

* L'introduction récente d'une biothérapie anti-TNF α expose à un risque infectieux plus important au moins pendant les 2 premiers mois. Il est recommandé de ne pas envisager de cure thermale pendant cette période. Cette recommandation s'applique vraisemblablement aux autres médicaments biologiques et aux traitements immunosuppresseurs dont les doses élevées de corticoïdes.

Références

1. Institut de Veille Sanitaire Tableau. Expositions à risque parmi les cas de légionellose survenus en France de 1996 à 2009. www.invs.sante.fr
2. Tubach F, Ravaud P, Salmon-Céron D, et al. Emergence of Legionella pneumophila pneumonia in patients receiving tumor necrosis factor-alpha antagonists. *Clin Infect Dis* 2006;43:e95-100.
3. Françon A, Graber-Duvernay B, Forestier R, et al. Incidence des évènements infectieux dans une population de curistes présumés vulnérables. *Presse Thermale et Climatologie* 2001:55-66.
4. Forestier R, Françon A, Graber-Duvernay B, et al. Incidence des évènements infectieux survenus en cure thermale dans une population de curistes présumés vulnérables : étude contrôlée longitudinale sur 738 patients. *Presse Thermale et Climatologie* 2008:9-22.