

Évaluation d'un protocole spécifique de kinésithérapie ambulatoire de la coxarthrose

^aAvenue de Felling, Médipôle du Rouvray, 76800 Saint-Étienne-du-Rouvray, France

^bInstitut régional de médecine du sport de haute Normandie, hôpital de Bois Guillaume, 76230 Bois Guillaume, France

^c19, place du Général-de-Gaulle, 76720 Auffay, France

Benoit Steenstrup^a

Mehdi Roudesli^b

Jérôme Beaufils^c

Reçu le 14 octobre 2011 ; reçu sous la forme révisée le 23 janvier 2012 ; accepté le 8 février 2012

RÉSUMÉ

Introduction. – La coxarthrose nécessite une prise en soins globale du patient dans laquelle l'efficacité de la kinésithérapie n'est plus à prouver. Récemment, il a été démontré les avantages que pouvaient apporter les techniques de thérapies manuelles, en termes d'antalgie, de durée de traitement et d'amélioration de la qualité de vie. Le but de notre étude a été de comparer deux protocoles de rééducation distincts : l'un basé sur une kinésithérapie standard (témoin), l'autre sur des techniques de thérapie manuelle (Protocox).

Méthode. – Le recrutement des patients a été réalisé par trois médecins. Pour être inclus, chaque patient devait souffrir de coxarthrose dont le diagnostic était posé selon les critères de l'American College of Rheumatology. Parmi les facteurs d'exclusion, étaient notés : lombalgies, douleurs associées des autres articulations des membres inférieurs et les poussées inflammatoires de la pathologie. Durant la consultation initiale, plusieurs critères ont été observés dont l'évaluation de la douleur par une échelle Eva, le retentissement fonctionnel et la qualité de vie par les questionnaires de Hoos et Lequesne. Les patients ont ensuite été répartis de façon aléatoire dans l'un des deux protocoles de kinésithérapie. Tous ont systématiquement été réévalués lors d'une seconde consultation après six séances de rééducation puis à trois mois de la consultation initiale par un entretien téléphonique. Trente-huit patients ont ainsi été sélectionnés. Neuf patients n'ont pas pu être réévalués et n'ont donc pas été inclus dans l'étude. Vingt-neuf ont pu être répartis dans les deux groupes ; 16 dans le groupe Protocox et 13 dans le groupe témoin.

Résultats. – L'analyse des résultats immédiats obtenus après six séances de kinésithérapie montre une efficacité plus marquée en faveur du groupe Protocox tant sur le plan antalgique (amélioration de l'Eva supérieur à 50 % plus importante que dans le groupe témoin $p = 0,03$) que sur le retentissement fonctionnel et la qualité de vie ($p = 0,0006$ pour le questionnaire de Hoos et $p = 0,0133$ pour le questionnaire de Lequesne). À deux mois de la dernière séance de kinésithérapie, l'analyse du « ressenti global » évalué par l'échelle de Likert montre une amélioration pour 67,3 % des patients du groupe Protocox contre 25 % du groupe témoin. L'analyse de la « consommation d'antalgiques » évaluée par la même échelle montre une diminution de leur consommation pour 36,4 % des patients du groupe Protocox contre 25 % du groupe témoin. En ce qui concerne la qualité de vie, l'étude de l'évolution de l'indice de Lequesne tend à donner de meilleurs résultats sans que cela soit statistiquement significatif. Pour un intervalle de confiance de 95 %, les résultats obtenus semblent indépendants du thérapeute ayant effectué le protocole.

Discussion. – Quel que soit le protocole utilisé, nous avons confirmé l'efficacité de la kinésithérapie ambulatoire dans la coxarthrose. L'ensemble des résultats ci-dessus tend à montrer une efficacité plus marquée du Protocox par rapport à la kinésithérapie standard. Cependant, l'effectif de la population étudiée est faible ce qui a pour conséquence directe un manque de puissance statistique. Il conviendrait donc de confirmer ces résultats par une étude prospective randomisée en double insu portant sur un échantillon plus important.

Conclusion. – De par nos résultats, le protocole de thérapie manuelle a montré une efficacité supérieure en termes d'antalgie, d'amélioration fonctionnelle et de qualité de vie par rapport à la kinésithérapie standard.

Niveau de preuve. – II.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés

Antalgie
Coxarthrose
Hoos
Lequesne
Likert
Qualité de vie
Thérapie manuelle

Keywords

Analgesic
Hip osteoarthritis
Hoos
Lequesne
Likert
Manual therapy
Quality of life

Auteur correspondant.

Benoit Steenstrup,

Avenue de Felling, Médipôle
du Rouvray, 76800 Saint-
Étienne-du-Rouvray, France.

Adresse e-mail :

b.steenstrup@wanadoo.fr

SUMMARY

Introduction. – Hip osteoarthritis requires a global treatment of the patient in which the effectiveness of physical therapy has been proven. Recently, the benefits of manual therapy techniques, in terms of analgesia, duration of treatment and improved quality of life were demonstrated. The aim of our study was to compare two different rehabilitation protocols: one based on a standard physiotherapy (Control), on the other manual therapy techniques (Protocox).

Method. – Subject recruitment was conducted by three doctors. To enter into the study, each patient must be suffering from osteoarthritis whose diagnosis was made according to the criteria of the American College of Rheumatology. The exclusion factors were noted as: low back pain, pain associated with other lower limb joints and inflammatory episodes of the disease. During the initial consultation, several criteria were observed in which the assessment of pain was achieved by the use of the VAS scale, and the functional impact and quality of life by the use of the questionnaires of Hoos and Lequesne. Subjects were then randomly assigned to one of both physical therapy protocols. All were systematically reassessed during a second consultation after six therapy sessions and then followed up three months after the initial consultation by a telephone interview.

Results. – Thirty-eight patients were selected. Nine patients could not be re-evaluated and were therefore not included in the study. Twenty-nine were divided into two groups, 16 in the group Protocox and 13 in the group control; the analysis of immediate results obtained following six physical therapy sessions shows a greater efficacy for the Protocox group in both analgesic (VAS improvement greater than 50% higher than in the group control $P = 0.03$) and the impact on function and quality of life ($P = 0.0006$ for the Hoos questionnaire and $P = 0.0133$ for the Lequesne questionnaire). Two months after the last session of physical therapy, the analysis of "global feeling" by the Likert scale showed an improvement of 67.3% for patients in the Protocox group as opposed to 25% in the control group. Analysis of the use of analgesics by the same scale shows a decrease in consumption for 36.4% of patients in the Protocox group as opposed to 25% in the Control group. Regarding the quality of life, the study of the evolution of the Lequesne index tends to give more positive results for the Protocox group but is not statistically significant. With a confidence interval of 95%, it would indicate that the results obtained were independent of whichever therapist performed the protocol.

Discussion. – Whatever the protocol, we confirmed the effectiveness of outpatient physical therapy in osteoarthritis of the hip. All the above results suggest a greater efficacy of Protocox compared to the standard physiotherapy. However, the study lacks statistical power due to the low size of the population studied. Further confirmation of these results by a prospective randomized double-blind study on a larger population would be advised.

Conclusion. – From the results of this study, the protocol of manual therapy has shown superior efficacy in terms of pain relief, functional improvement and quality of life compared with standard physiotherapy.

Level of evidence. – II.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

INTRODUCTION

La coxarthrose est une pathologie chronique, mécanique et dégénérative du cartilage articulaire de la tête fémorale et de l'acétabulum de l'os coxal. Les caractéristiques physiopathologiques principales de la maladie sont une modification progressive, qualitative et quantitative, du cartilage articulaire, l'apparition d'une sclérose de l'os sous-chondral et la formation d'ostéophyte [1,2].

Cliniquement, elle se traduit par des douleurs et des raideurs articulaires invalidantes pour le patient dans ses activités quotidiennes, altérant progressivement sa qualité de vie. Les retentissements de la coxarthrose sont une douleur, une restriction de la mobilité, une diminution des activités, une fragilité psychologique et professionnelle et une diminution des activités avec majoration des risques cardiovasculaire.

Il en ressort la nécessité d'effectuer une prise en charge globale du patient visant à réduire les douleurs et à améliorer la gêne fonctionnelle en associant les traitements médicamenteux et non pharmacologiques. On trouvera ainsi, en premier lieu la prescription de paracétamol et/ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) puis d'antalgique de palier 2 et 3 suivi des AINS. D'autres molécules pharmacologiques sont aussi disponibles telles que les antiarthrosiques symptomatiques

d'action lente (chondroïtine, piasclédine...) d'efficacité plus contestée. Si besoin, il est possible de réaliser une éventuelle infiltration intra-articulaire (corticoïde, acide hyaluronique).

La kinésithérapie, elle, trouve une place inconstante dans la chronologie de ces propositions thérapeutiques. Il apparaît en fait à travers la littérature que, malgré de nombreuses études publiées sur la kinésithérapie des membres inférieurs, rares sont celles qui concernent la coxarthrose. Les seules méta-analyses disponibles ont permis de démontrer une efficacité faible à modérée sur les symptômes [3]. Les recommandations internationales sont plutôt imprécises sur le sujet, elles stipulent que « Tout patient atteint d'arthrose symptomatique de la hanche peut être utilement adressé à un kinésithérapeute en vue d'une évaluation et de recevoir des conseils sur les exercices susceptibles d'atténuer la douleur et d'améliorer la capacité fonctionnelle » [4] À aucun moment elles ne proposent un protocole type de kinésithérapie. Tout cela rend donc la prescription difficile pour le médecin généraliste ou spécialiste qui ne sait pas quels types de rééducation demander au kinésithérapeute. C'est pourquoi, lorsqu'il y a prescription de rééducation, la prise en charge est rendue éminemment variable d'un praticien à l'autre.

Le but de la prise en soin par kinésithérapie est d'obtenir une amélioration du patient lui permettant d'être plus

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2623006>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2623006>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)