

Pratiques professionnelles et recommandations

Intérêt d'une prescription de kinésithérapie ambulatoire à la sortie du service de chirurgie après la pose d'une prothèse totale de genou ? Élaborations de recommandations françaises pour la pratique clinique

F. Genêt^{a,*}, E. Mascard^b, E. Coudeyre^c, M. Revel^d, F. Rannou^d

^a Service de médecine physique et de réadaptation, APHP, université Versailles–Saint-Quentin, groupe hospitalier Raymond-Poincaré, hôpital Maritime-de-Berck, 104, boulevard Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France

^b Service de chirurgie orthopédique, clinique Arago, boulevard Arago, 75014 Paris, France

^c Centre de médecine physique et réadaptation Notre-Dame, BP 86, 4, avenue Joseph-Claussat, 63404 Chamalières cedex, France

^d Service de rééducation, APHP, université Paris-Descartes, groupe hospitalier Cochin, 75014 Paris, France

Reçu le 25 août 2007 ; accepté le 27 septembre 2007

Résumé

Objectifs. – Élaborer des recommandations concernant la prescription de kinésithérapie ambulatoire pour les patients qui vérifient les critères de sortie à domicile directement après un séjour en service de chirurgie après la pose d'une prothèse totale de genou (PTG).

Méthode. – La méthodologie utilisée, proposée par la Société française de médecine physique et de réadaptation (Sofmer), associe une revue systématique de la littérature, un recueil des pratiques professionnelles et une validation par un panel pluridisciplinaire d'experts. Les critères d'analyse concernent les déficiences et l'incapacité fonctionnelle, les données médicoéconomiques et les complications postopératoires.

Résultats. – L'analyse de la littérature ne permet pas de recommander la prescription systématique de kinésithérapie chez les patients ayant la possibilité de rentrer directement à domicile après pose d'une PTG. Il existe cependant quelques arguments suggérant qu'elle peut faciliter la récupération musculaire et fonctionnelle (mais pas la mobilité). Suivant les pratiques professionnelles françaises des chirurgiens et des spécialistes en médecine physique et de réadaptation, il peut donc être utile de prescrire une série de kinésithérapie chez ces patients surtout dans un objectif d'amélioration fonctionnelle.

Conclusion. – Des études de bonne qualité méthodologique sont nécessaires pour définir des critères d'indication de la prescription de kinésithérapie ambulatoire après la sortie du service de chirurgie concernant les patients qui vérifient les critères d'orientation vers une sortie directement à domicile, et pour évaluer les programmes les plus efficaces.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Arthrose ; Prothèse de genou ; Recommandations ; Indications ; Pratiques cliniques ; Kinésithérapie

Comité scientifique

Coudeyre Emmanuel (Sofmer), centre de MPR Notre-Dame, 63404 Chamalières, France

Genet François (Sofmer), service de MPR, groupe hospitalier Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France

Genty Marc (Sofmer), service de MPR, clinique Valmont, 1823 Glion, Suisse

Ribinik Patricia (Sofmer), service de MPR, CH de Gonesse, BP 71, 95503 Gonesse, France

Rannou François (Sofmer), service de MPR, hôpital Cochin, université Paris-V, 75014 Paris, France

Revel Michel (Sofmer), service de MPR, hôpital Cochin, université Paris-V, 75014 Paris, France

Beaudreuil Johann (SFR), fédération de rhumatologie, hôpital Lariboisière, 75475 Paris, France

Lefèvre-Colau Marie-Martine (SFR), service de MPR, hôpital Corentin-Celton, 92133 Issy-les-Moulineaux, France

Chevalier Xavier (SFR), service de rhumatologie, hôpital Henri-Mondor, 94010 Créteil, France

Biau David (Sofcot), service de chirurgie orthopédique et traumatologie B, hôpital Cochin, université Paris-V, 75014 Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : francois.genet@rpc.aphp.fr (F. Genêt).

Anract Philippe (Sofcot), service de chirurgie orthopédique et traumatologie B, hôpital Cochin, université Paris-V, 75014 Paris, France

SFR : Société française de rhumatologie

Sofmer : Société française de médecine physique et de réadaptation

Sofcot : Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique

Comité de lecture

Kemoun Gilles (MPR)

Dauty Marc (MPR)

Nys Alain (MPR)

Tavernier Christian (rhumatologue)

Forestier Romain (rhumatologue)

Reboux Jean François (rhumatologue)

Hamadouche Moussa (chirurgien orthopédique)

Cottias Pascal (chirurgien orthopédique)

Caton Jacques (chirurgien orthopédique)

Lorenzo Alain (médecin généraliste)

Favre Madeleine (médecin généraliste)

Marc Thierry (kinésithérapeute)

Fabri Stéphane (kinésithérapeute)

Pillu Michel (kinésithérapeute)

Granger Véronique (orthoprothésiste)

Jouhaneau Sylvie (assistante sociale)

Massaro Raymond (pédicure-podologue)

Hynaux Isabelle (ergothérapeute)

Matter Claire (infirmière)

Guillemin Dominique (patient)

1. Introduction

L'amélioration des techniques d'implantation de prothèse totale de genou (PTG), des conditions de contrôle médical ou paramédical péri-opératoire (gestion des facteurs de risque médicaux, information préopératoire, traitement de la douleur, rééducation précoce et adaptée...) et les impératifs économiques ont réduit la durée de séjour en service de chirurgie. Pour Darnault et al., la rééducation en centre spécialisé après implantation d'une PTG, demeurait en 1987 un passage obligé, car permettant « d'améliorer l'autonomie du patient et de pratiquer un réentraînement fonctionnel avant le retour au domicile » [6]. En 1999, cette équipe justifiait ce choix en relatant les difficultés spécifiques de rééducation et le besoin d'une surveillance médicale rapprochée (entrée à j18 postopératoire) [7]. En 1992, une équipe belge publiait que les progrès de prise en charge permettaient un retour à domicile en deux à trois semaines [8]. Plusieurs auteurs pensent que la qualité de la rééducation précoce en chirurgie détermine le pronostic fonctionnel de l'arthroplastie totale de genou et que cela a un lien direct avec les modalités de rééducation ultérieures [5,11,16].

Cette amélioration de prise en charge postopératoire immédiate amène à poser la question de l'intérêt de la prescription d'une kinésithérapie ambulatoire à la sortie du service de chirurgie, plutôt que le transfert de principe dans une unité spécia-

lisée de SSR, et même pour certains par rapport à l'absence totale de prescription de rééducation [13].

L'objectif de ce travail est d'élaborer des recommandations concernant l'intérêt d'une prescription de kinésithérapie ambulatoire à la sortie du service de chirurgie après implantation de PTG.

2. Matériel et méthode

La méthode utilisée, développée par la Sofmer [26] comporte trois principales étapes : une revue systématique de la littérature, un recueil des pratiques professionnelles et une validation par un panel pluridisciplinaire d'experts.

2.1. Revue systématique de la littérature

2.1.1. Sélection des études

Une revue systématique de la littérature a été effectuée par deux documentalistes professionnels. Les mots clés utilisés ont été en anglais : *arthroplasty, replacement, hip, knee, rehabilitation, physiotherapy, exercise, physical therapy, continuous passive motion* et en français : kinésithérapie, mobilisation, physiothérapie, rééducation, réadaptation, exercice, hanche, genou, arthroplastie, prothèse, mobilisation passive continue. Ils ont été proposés par le comité scientifique constitué de médecins MPR, chirurgiens orthopédistes et rhumatologues. Les bases de données utilisées ont été : PASCAL Biomed, PubMed et Cochrane Library. Les limites retenues pour cette recherche étaient : la présence d'un résumé, des articles en langue anglaise ou française, des études concernant des sujets adultes humains. Une première sélection d'articles sur résumé a été réalisée de façon indépendante par le comité scientifique afin de retenir les articles traitant bien de rééducation. Ces articles sous forme de texte intégral ont été transmis sur support électronique ou sur papier à deux experts. Une deuxième sélection a alors été faite par ces deux experts (EM chirurgien orthopédiste et FG médecin MPR) afin de retenir les articles traitant de rééducation postopératoire à partir de la lecture du paragraphe de matériel et méthode des articles déjà sélectionnés. Enfin, une analyse des résumés des articles cités en références dans les articles retenus et qui apparaissaient pertinents a également été faite.

La qualité méthodologique des articles retenus pour analyse est faite à partir de la grille de l'Anaes [8], qui permet de classer les études selon quatre niveaux. Les études de très faible qualité méthodologique (randomisation inadéquate, nombre de sujets, interventions imprécises) sont exclues.

2.1.2. Critères d'évaluation

On retrouve trois grands types de critères :

- des critères de déficience comme la mobilité ou la force musculaire ;
- des critères fonctionnels basés sur des questionnaires validés ou l'analyse de la marche, ainsi que l'aptitude à la sortie ou au retour au domicile ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4040064>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4040064>

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