

## Pratiques professionnelles et recommandations

# Quel est l'intérêt d'une rééducation en centre spécialisé à la sortie du service de chirurgie après la pose d'une prothèse totale de hanche ? Élaboration de recommandations françaises pour la pratique clinique

B. Barrois<sup>a,\*</sup>, F. Gouin<sup>b</sup>, P. Ribinik<sup>a</sup>, M. Revel<sup>c</sup>, F. Rannou<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Service de médecine physique et de réadaptation (MPR), centre hospitalier de Gonesse, 25, rue Pierre-de-Theilley, BP 30071, 95503 Gonesse cedex, France

<sup>b</sup> Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU Hôtel-Dieu, 44 093 Nantes cedex, France

<sup>c</sup> Service de rééducation, université Paris-Descartes, hôpital Cochin, APHP, 75014 Paris, France

Reçu le 1<sup>er</sup> juin 2007 ; accepté le 10 juillet 2007

## Résumé

**Objectifs.** – Élaborer des recommandations concernant la prise en charge en rééducation après arthroplastie totale de hanche. Préciser l'intérêt de la rééducation postopératoire en structure de médecine physique et de réadaptation (MPR) après arthroplastie totale de hanche.

**Méthode.** – La méthodologie utilisée, proposée par la Société française de médecine physique et 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 de jugement concernent les déficiences, l'incapacité fonctionnelle, l'incidence médicoéconomique et les complications postopératoires.

**Résultats.** – La réalisation de la rééducation en structure de MPR après arthroplastie totale de hanche est recommandée pour les patients présentant en préopératoire des capacités fonctionnelles altérées associées à des comorbidités et pour ceux qui ont développé des complications postopératoires. Pour les malades, chez qui, une rééducation soutenue ne s'impose pas, mais dont l'indépendance à domicile n'est pas assurée, un séjour en établissement de soins de suite non différencié peut être recommandé. La réalisation d'une rééducation postopératoire en structure de MPR après arthroplastie de hanche pourrait avoir un intérêt pour réduire la durée de séjour en chirurgie et pour améliorer le bénéfice fonctionnel des patients présentant des comorbidités. Le coût global comparatif des différentes modalités de prise en charge en rééducation après arthroplastie de hanche n'est actuellement pas évalué.

**Conclusion.** – Il est nécessaire d'entreprendre des études prospectives contrôlées de type bénéfice-coût dans le système de soins Français.  
© 2007 Publié par Elsevier Masson SAS.

**Mots clés :** Arthrose ; Prothèse de hanche ; Prothèse de genou ; Rééducation postopératoire ; Éducation ; Recommandations ; Indications ; Pratiques cliniques ; Ergothérapie ; Kinésithérapie

## 1. Introduction

Pour des raisons à ce jour essentiellement médicoéconomiques, l'organisation de la rééducation au décours d'une arthroplastie de hanche pour coxarthrose évolue dans tous les pays industrialisés. En France, le passage en tarification à l'activité (T2A) en court séjour et les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) [8] tendent à modifier les durées d'hospitalisation en court séjour ainsi que les conditions d'admission en établissement de médecine physique et réadaptation (MPR). Nous avons analysé les pratiques rééducatives en

court dans la littérature et les pratiques professionnelles françaises au travers de panels de médecins de MPR et de chirurgiens orthopédistes [15]. L'objectif était d'élaborer des recommandations concernant la prise en charge en rééducation après arthroplastie totale de hanche et de préciser l'intérêt de la rééducation postopératoire en structure de MPR après arthroplastie totale de hanche.

## 2. Matériel et méthode

La méthode utilisée, développée par la Sofmer [15], comporte trois principales étapes : une revue systématique de la littérature, un recueil des pratiques professionnelles et une validation par un panel pluridisciplinaire d'experts.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [brigitte.barrois@ch-gonesse.fr](mailto:brigitte.barrois@ch-gonesse.fr) (B. Barrois).

## 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 (F.G. chirurgien orthopédiste et B.B. 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 [15], 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

Quatre types de critères ont été retenus :

- des critères de déficience : la douleur, la mobilité et la force musculaire ;
- des critères de comorbidités associées ;
- des critères fonctionnels basés sur des questionnaires validés ou sur l'analyse de la marche, ainsi que sur l'aptitude à la sortie ou au retour au domicile ;
- des critères médicoéconomiques telles la durée de séjour, la destination après le séjour en chirurgie ou l'analyse des coûts liés à l'ensemble de la prise en charge périopératoire.

L'impact sur la réduction des complications postopératoires est également analysé.

### 2.1.3. Analyse des données

L'analyse des données est réalisée de manière indépendante par deux lecteurs en aveugle, issus de disciplines différentes, un chirurgien orthopédiste (F.G.) et un médecin MPR (B.B.).

## 2.2. Recueil des pratiques professionnelles

Le recueil des pratiques professionnelles concernant la rééducation postopératoire est réalisé auprès d'un échantillon représentatif de médecins MPR et de chirurgiens orthopédistes, lors de deux réunions indépendantes du Congrès national annuel de MPR (21<sup>e</sup> Congrès de la Sofmer, Rouen, le 18 octobre 2006) et de chirurgie orthopédique (81<sup>e</sup> Congrès annuel de la Sofcot [Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique], Paris, le 7 novembre 2006), sous la forme de questionnaires à choix simple ou multiple, les réponses étant enregistrées à l'aide d'un système électronique de type média-vote. À l'issue du vote, une présentation des données de la littérature est réalisée. Les questions et remarques de la salle, les réponses des deux praticiens ayant fait la revue systématique de la littérature, ainsi que les débats occasionnés sont pris en note par une secrétaire pour être secondairement analysés.

### 2.3. Rédaction des recommandations et validation par le comité de lecture

Des recommandations basées sur les données de la littérature et les pratiques professionnelles sont finalement rédigées par les experts. Elles sont ensuite validées par un comité de lecture pluridisciplinaire aboutissant à des recommandations [15].

## 3. Résultats

### 3.1. Revue de la littérature

#### 3.1.1. Articles sélectionnés

Le comité scientifique a sélectionné à partir de Pascal Biomed 60 articles, PubMed 147 articles, Cochrane Library 10 articles. Vingt articles (19 études) en rapport avec la question posée ont été retenus par les deux lecteurs.

#### 3.1.2. Qualité méthodologique des études

La cotation de la qualité méthodologique des études à l'aide des critères de l'Anaes n'a mis en évidence aucune discordance entre les deux auteurs (Tableau 1). Parmi les 19 études sélectionnées aucune n'est de niveau 1 selon la grille de l'Anaes, 11 sont de niveau 2 et toutes les autres sont de niveau 4 (Tableau 1).

#### 3.1.3. Analyse des données

La lecture des articles retrouve des modalités de rééducation très hétérogènes rendant difficile la comparaison des résultats entre les différentes études. Huit articles concernent exclusivement la PTH [3,6,7,11,12,17–19] et 12 articles sont mixtes incluant des PTH et des PTG [1,2,4,5,8–10,13,14,16,20,21].

Les études sont hétérogènes. L'organisation de la rééducation est variable et précisée ou non : kinésithérapie en autoprogramme ou supervisée, associée ou non à de l'éducation, ergothérapie à domicile ou en établissement hospitalier, interventions multidisciplinaires associant plus ou moins, kiné-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4040213>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4040213>

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