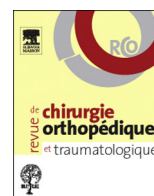




Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)


Mémoire original

# Adaptation française du nouveau score de la Knee Society dans l'arthroplastie de genou<sup>☆</sup>



## French adaptation of the new Knee Society Scoring System for total knee arthroplasty



C. Debette<sup>a</sup>, S. Parratte<sup>b,\*</sup>, D. Maucourt-Boulch<sup>c</sup>, G. Blanc<sup>b</sup>, V. Pauly<sup>b</sup>, S. Lustig<sup>a</sup>,  
E. Servien<sup>a</sup>, P. Neyret<sup>a</sup>, J.-N. Argenson<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Centre Albert-Trillat, service de chirurgie orthopédique et traumatologique, hôpital de la Croix-Rousse, 103, Grande-Rue-de-la-Croix-Rousse, 69004 Lyon, France

<sup>b</sup> Institut du mouvement et de l'appareil locomoteur, université Aix-Marseille, hôpital Sainte-Marguerite, 270, boulevard Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

<sup>c</sup> Laboratoire de biostatistique santé, centre hospitalier Lyon Sud, 165, chemin du Grand-Revoynet, 69495 Pierre-Bénite, France

### INFO ARTICLE

Historique de l'article :  
 Accepté le 6 mars 2014

Mots clés :  
 Nouveau score IKS  
 Adaptation transculturelle  
 Auto-questionnaire  
 Prothèse totale de genou

### RÉSUMÉ

**Introduction.** – En novembre 2011, la Knee Society publiait le nouveau score IKS, évaluant avant et après la prothèse totale de genou (PTG), les données cliniques objectives, mais aussi les attentes des patients, leur satisfaction, et la fonction du genou à travers des activités physiques variées. Nous avons entrepris son adaptation transculturelle en langue française selon les recommandations actuelles.

**Hypothèse.** – Le nouveau score IKS adapté en français est un score cohérent, faisable, fiable et discriminant.  
**Matériel et méthodes.** – Une étude bicentrique a permis de recruter 80 patients présentant une arthrose de genou, répartis en un groupe de 40 patients avec indication de PTG et un groupe de 40 patients avec indication de traitement médical. Le nouveau score IKS, après une étape de traduction/contre-traduction, était comparé à trois autres scores validés : le KOOS, l'AMIQUAL et le SF-12 afin d'évaluer la validité de construit, la capacité discriminante, la faisabilité à travers le taux de réponse et l'existence d'un effet plancher ou plafond, la cohérence interne à l'aide du coefficient alpha de Cronbach, et la fiabilité à travers la reproductibilité et la sensibilité au changement.

**Résultats.** – Deux cas ont été éliminés pour cause de données manquantes. On observait un score discriminant, un taux de réponse proche de 100 %, l'existence d'un effet plafond pour le domaine « attentes », un coefficient alpha de Cronbach satisfaisant, une reproductibilité excellente, et une bonne sensibilité au changement.

**Discussion.** – Ces résultats confirment que le nouveau score IKS est fiable, faisable, discriminant, cohérent et sensible au changement. Son originalité tient aux domaines « attentes » et « satisfaction », à sa présentation sous forme de questionnaire auto-administré et à l'évaluation de la fonction dans le cadre d'activités diverses.

**Niveau de preuve.** – Type d'étude : niveau III.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## 1. Introduction

L'évaluation fonctionnelle en chirurgie prothétique du genou reste aujourd'hui difficile. En effet, les analyses de survie classiquement utilisées sont importantes mais limitées car un patient peut aller mal sans qu'il y ait de révision de prothèse. Les scores d'évaluation classiques, dits objectifs, montrent des résultats souvent trop optimistes. Ces scores classiques [1] sont par exemple le score de l'International Knee Society (IKS) [2] ou le score Hospital for Special Surgery (HSS) [3]. En chirurgie tumorale, des scores de

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2014.03.025>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [sebastien@parratte.fr](mailto:sebastien@parratte.fr) (S. Parratte).

qualité de vie générale tels que le SF-36 et sa forme courte le SF-12 [4] sont apparus dès la fin des années 1980 et sont de plus en plus utilisés. En orthopédie, le premier score de qualité de vie spécifique rempli par le patient était le Western Ontario Mc Master University Osteoarthritis Index (WOMAC) [5], suivi en 2003 par le Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) [6–8], incluant une analyse plus fine et plus complète de la qualité de vie du patient et de ses aptitudes sportives. Dans un but de simplification, le comité scientifique de la Knee Society a développé un nouveau score incluant l'évaluation objective classique mais aussi prenant en considération les attentes du patient, son niveau de satisfaction et sa qualité de vie lors de la pratique de ses activités de loisir et/ou sportives [7,9].

Ce score se compose d'un score « objectif », superposable au score « genou » de l'ancien score IKS, et d'un score « subjectif » complètement nouveau. Celui-ci se présente sous la forme d'un questionnaire auto-administré évaluant la fonction du genou à travers les activités propres à chaque patient [7,9]. Les questionnaires auto-administrés permettent d'obtenir les « données rapportées par le patient » ou *patient-reported outcomes* (PRO) [10,11], méthode fiable aujourd'hui très employée dans l'évaluation des résultats, notamment déjà utilisée dans le score d'Oxford [12,13].

L'évaluation fonctionnelle du nouveau score IKS analyse des activités variées, adaptées aux patients d'aujourd'hui [14] souvent plus actifs et plus sportifs qu'autrefois et souhaitant le rester après l'intervention [15,16].

Pour être utilisé en France, ce score devait être traduit, adapté à la population française, et ses propriétés psychométriques [17,18] validées sur les patients. L'ensemble de ces opérations constitue la validation transculturelle du score, processus complexe aujourd'hui bien codifié [19–22]. Notre hypothèse était que le nouveau score IKS adapté en français est un score cohérent, faisable, fiable et discriminant. Le but de notre travail était donc de valider les propriétés psychométriques de la version française du nouveau score IKS.

## 2. Matériel et méthodes

### 2.1. Le nouveau score IKS

Ce nouveau score inclut deux composantes : une composante « objective » et une composante « subjective » (Annexes 1, 2 et 3). Le score « objectif » correspond à l'ancien score « genou », avec une amélioration apportée sur l'item « douleur », remplacé par l'item « symptômes » constitué de deux échelles visuelles analogiques complétées par le patient. Le score « subjectif » est un questionnaire auto-administré comprenant trois domaines : un domaine « attentes » du patient sur 15 points (soulagement des douleurs, réalisation des activités de la vie quotidienne, des sports et des loisirs), un domaine « satisfaction » du patient sur 40 points (douleur ressentie en position assise ou allongée, fonction du genou au cours de la réalisation des activités de la vie quotidienne, des loisirs et des sports), enfin, un domaine « fonction » sur 100 points (marche et station debout, pratique d'activités classiques : relèvement d'un siège, montée et descente des escaliers ; pratique d'activités dites « avancées » : s'accroupir, monter à une échelle ou courir ; et enfin pratique des sports avec 18 activités proposées). Le score de chaque domaine est calculé en additionnant les points de chaque item, et considéré de façon indépendante par rapport aux autres domaines. Du fait de la présence du domaine « attentes », il existe une version postopératoire du questionnaire (Annexe 3).

### 2.2. Schéma de l'étude

Cette étude était une étude bicentrique prospective de suivi de cohorte.

Quatre-vingt patients ont été recrutés en consultation de chirurgie orthopédique dans deux centres : le centre Albert-Trillat de l'hôpital de la Croix-Rousse à Lyon et l'institut du mouvement et de l'appareil locomoteur de l'hôpital Sainte-Marguerite à Marseille, entre février et juillet 2012. Les critères d'inclusion étaient un âge supérieur à 40 ans, une arthrose de genou essentielle, une bonne compréhension et expression du français. Au terme de cette consultation, les patients étaient classés en deux groupes : un groupe « chirurgie » comprenant 40 patients avec indication de PTG, et un groupe « médecine » comprenant 40 patients avec indication de traitement médical et pour lesquels aucune modification du traitement ne devait avoir lieu dans les 15 jours.

La première étape était la traduction et l'adaptation transculturelle du score. Cette phase était réalisée à Marseille. Peu de modifications ont été introduites par rapport au score original.

La deuxième étape incluait l'évaluation des paramètres psychométriques du score incluant la faisabilité (les patients peuvent-ils remplir le score ?), la répétitivité entre deux évaluations à 15 jours d'intervalle, la sensibilité au changement mesurée entre l'évaluation pré- et postopératoire dans le groupe chirurgie. Le nouveau score IKS était comparé avec le KOOS, le SF-12 et l'AMQUAL [23] selon une méthodologie précédemment utilisée pour la validation du HOOS et du KOOS [8,24].

### 2.3. Analyses statistiques

Les différents paramètres psychométriques indispensables à la validation du nouveau score IKS en langue française étaient mesurés [7,20–22].

La faisabilité était évaluée par le taux de réponse (bon pour un pourcentage de réponses manquantes < 2,5 %), par la présence d'un effet plancher ou plafond (lorsque plus de 15 % des patients atteignent le score minimal ou maximal), par le temps de remplissage (nombre de questions), et enfin par le temps de cotation (temps nécessaire au calcul du score) [8,24].

La fiabilité du nouveau score IKS était étudiée à travers la reproductibilité [25] à 15 jours d'intervalle. Une analyse de variance a permis d'estimer les coefficients de corrélation intraclass (ICC) [26] avec un intervalle de confiance à 95 %. Un ICC supérieur à 0,8 était considéré comme excellent [27]. L'obtention de scores différents après la chirurgie dans le groupe « chirurgie » a permis de mesurer la sensibilité au changement (ampleur d'effet) au travers d'ampleurs d'effet. Des ampleurs d'effet ont été estimées par la moyenne des différences des résultats postopératoires moins les résultats pré opératoires divisée par l'écart-type des résultats préopératoires.

Concernant la capacité discriminante, il était supposé que les résultats du groupe « chirurgie » seraient significativement moins bons que ceux du groupe « médecine ».

La cohérence interne du test était mesurée par le coefficient alpha de Cronbach [28]. Un coefficient supérieur ou égal à 0,7 était considéré comme satisfaisant.

Enfin, la validité de construit était estimée à l'aide de corrélations existant entre les domaines du nouveau score IKS et les domaines des autres questionnaires par le coefficient de Spearman. Les coefficients pouvaient être convergents (positifs) ou divergents (négatifs). Un coefficient supérieur à 0,5, compris entre 0,5 et 0,35, et inférieur à 0,35 était considéré respectivement comme fort, modéré et faible. Des hypothèses de convergence et de divergence étaient générées a priori selon que les domaines étudiaient des concepts proches ou éloignés. Il était ainsi supposé sur la base des observations faites lors de la validation de la version anglaise du

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4090421>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4090421>

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