



Journée mondiale de l'arthrose

17 Septembre 2024

Table des matières

EDITORIAL	3
L'ARTHROSE AU CAMEROUN	4
RESUMES DE REVUES SYSTEMATIQUES	5
1. Antidépresseurs dans l'arthrose	5
2. Traitements complémentaires utilisés avec la thérapie par l'exercice pour l'arthrose de hanche ou de genou	7
3. Arthroplastie de l'épaule dans l'arthrose de l'épaule et l'arthrose associée à une rupture des tendons de la coiffe des rotateurs	9
4. Quels sont les traitements les plus efficaces de l'arthrose du gros orteil, à l'exclusion de la chirurgie ?	11
5. La thérapie par le froid après implantation d'une prothèse totale du genou.....	14
Quels sont les bénéfices et les risques de la thérapie par le froid après une prothèse totale du genou ?	14

,

Ce document a été préparé par Cochrane Cameroun pour mettre à la disposition des **professionnels de la santé** des données probantes sur les interventions de prise en charge de l'arthrose. Bonne lecture

EDITORIAL

Chaque année, le 17 septembre, est célébrée la Journée mondiale de l'arthrose, qui permet de discuter de cette maladie dégénérative des articulations qui affecte plus de 500 millions de personnes à travers le monde, dont plus de 10 millions de Français.

L'arthrose représente l'une des principales raisons de souffrance chronique et de handicap à travers le monde, touchant des millions d'individus.

L'arthrose affecte toute l'articulation et les tissus qui l'entourent. Les zones les plus fréquemment touchées sont les genoux, les hanches, la colonne vertébrale et les mains.

Plusieurs éléments peuvent favoriser l'apparition de l'arthrose, tels que des historiques de blessures articulaires ou d'utilisation excessive des articulations, un âge plus avancé et un surpoids. Celle-ci affecte plus les femmes que les hommes.

Les symptômes peuvent être atténués en pratiquant des exercices et en adoptant une alimentation équilibrée, afin de renforcer les muscles et de maintenir un poids sain.

L'OMS met en évidence l'importance de l'arthrose en tant que problème de santé publique majeur, car elle réduit la qualité de vie des individus touchés et entraîne une charge économique importante pour les systèmes de santé (OMS, 2024).

- En 2019, quelque 528 millions de personnes dans le monde vivaient avec l'arthrose, un chiffre en hausse de 113 % par rapport à 1990.
- Environ 73 % des personnes ayant de l'arthrose ont plus de 55 ans et 60 % sont des femmes.
- Avec une prévalence de 365 millions de personnes concernées, le genou est l'articulation la plus fréquemment touchée, suivi de la main et de la hanche.
- Parmi les personnes qui ont de l'arthrose, 344 millions présentent des niveaux de gravité (modérés ou graves) pour lesquels une réadaptation serait bénéfique.
- La prévalence de l'arthrose devrait continuer d'augmenter à l'échelle mondiale du fait du vieillissement de la population et de la hausse des taux d'obésité et des lésions corporelles.
- L'arthrose n'est pas une conséquence évitable du vieillissement.

Pourquoi cette synthèse a-t-elle été produite?

Afin de proposer des données probantes à jour sur la prévention et le traitement de l'arthrose

Qu'est-ce qu'une revue systématique ?

Un résumé d'études qui répond à une question clairement formulée et qui utilise des méthodes systématiques et explicites pour identifier, sélectionner et juger de manière critique les études pertinentes. Les données de différentes études sont extraites et peuvent être analysées ensemble grâce aux techniques de méta - analyses.

L'ARTHROSE AU CAMEROUN

L'arthrose est une affection des articulations qui affecte de plus en plus de personnes au Cameroun, notamment les personnes âgées. Cette tendance est favorisée par l'allongement de l'espérance de vie et le vieillissement de la population. Selon les spécialistes de la Société Camerounaise de Rhumatologie (SCR), plus de 20 % des individus âgés de plus de 50 ans étaient atteints d'arthrose, avec une prévalence plus élevée chez les femmes. La prise en charge de l'arthrose au Cameroun présente divers obstacles. En effet, la prise en charge demeure restreinte, en raison du prix élevé des médicaments et des soins orthopédiques, ce qui rend difficile l'accès à des traitements de qualité pour une grande partie de la population. En outre, l'utilisation de la médecine traditionnelle reste largement utilisée malgré les risques d'aggravation des symptômes.

L'accès limité aux soins spécialisés constitue un défi majeur. Malgré la présence de services de rhumatologie dans des centres de santé urbains comme l'Hôpital Central de Yaoundé et d'autres structures de soins tertiaires, ils sont souvent surchargés et les patients en zone rurale sont souvent privés d'un accès aux soins spécialisés. Cependant, des actions locales sont mises en œuvre afin de sensibiliser à la maladie et de promouvoir une prise en charge précoce.

L'arthrose est un enjeu de santé publique en plein essor au Cameroun, mais avec des efforts restreints pour prendre soin des patients, en raison de l'accès inégal aux soins et de la dépendance à la médecine traditionnelle.

RESUMES DE REVUES SYSTEMATIQUES

1. Antidépresseurs dans l'arthrose

Contexte

L'arthrose est une maladie des articulations caractérisée par une réduction du cartilage et un rétrécissement de l'espace entre les articulations. Elle pourrait entraîner des douleurs, des déformations et un handicap.

On pense que les antidépresseurs agissent sur la douleur en modulant les voies nerveuses du système nerveux central.

Nous avons cherché à évaluer les bénéfices et les risques cliniques des antidépresseurs dans les douleurs liées à l'arthrose du genou et de la hanche.

Caractéristiques des études

Cette revue est à jour jusqu'en janvier 2021. Nous avons inclus neuf essais cliniques avec 2122 participants comparant les antidépresseurs à un placebo (un traitement factice) et à des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (qui sont largement utilisés pour soulager la douleur et réduire l'inflammation). La plupart des participants étaient des femmes (70 %) et l'âge moyen était de 54,4 à 65,9 ans. Sept essais n'ont examiné que l'arthrose du genou. Deux d'entre elles comprenaient également des personnes souffrant d'arthrose de la hanche. Tous les essais ont comparé des antidépresseurs à un placebo, avec ou sans anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Principaux résultats

Par rapport à un placebo, les antidépresseurs ont apporté un léger bénéfice.

Douleur : Avec les antidépresseurs, la douleur a diminué de 0,59 point de plus sur une échelle de 0 à 10 points par rapport au placebo.

- Il y a eu une réduction de 1,73 points de la douleur dans le groupe placebo.

- Il y a eu une réduction de 2,32 points de la douleur dans le groupe antidépresseur.

Réponse : Une réponse clinique est considérée comme une réduction de 50 % ou plus de la douleur. Environ 16 % de plus de personnes prenant un antidépresseur ont eu une réduction par rapport au placebo (soit une personne sur six).

- 28,65 % des personnes prenant un placebo ont eu une réponse clinique.

- 45,2 % des personnes prenant des antidépresseurs ont eu une réponse clinique.

La fonction : La fonction physique est mesurée par la marche, la montée d'escaliers et les tâches domestiques. Elle s'est améliorée de 6 % de plus avec les antidépresseurs qu'avec le placebo. Avec les antidépresseurs, le score de fonction a diminué de 5,65 sur une échelle de 0 à 100 points (un score plus bas = une meilleure fonction), par rapport au placebo. Il s'agit d'une légère amélioration.

- Le groupe placebo a connu une amélioration de la fonction de 10,51 points.

- Le groupe antidépresseur a connu une amélioration de la fonction de 16,16 points.

Qualité de vie : La qualité de vie s'est améliorée de 4 % de plus avec les antidépresseurs par rapport au placebo. Celle-ci était supérieure de 0,04 point sur une échelle de -0,11 à 1 chez les personnes prenant des antidépresseurs par rapport au placebo (un score plus élevé = meilleure qualité de vie).

- Dans le groupe placebo, la qualité de vie s'est améliorée de 0,07 point.
- Dans le groupe des antidépresseurs, la qualité de vie s'est améliorée de 0,11 point.

Retraits des études en raison d'effets secondaires

Le risque d'arrêt du traitement était de 2,15 de plus dans le groupe antidépresseur par rapport au groupe placebo. Cela signifie qu'une personne sur 17 a arrêté de prendre l'antidépresseur en raison d'effets secondaires.

- 5,1 % des membres du groupe placebo se sont retirés en raison d'effets secondaires.
- 10,9 % des membres du groupe antidépresseur se sont retirés en raison d'effets secondaires.

Effets secondaires totaux :

Le risque d'avoir des effets secondaires était de 1,27 de plus dans le groupe antidépresseur par rapport au groupe placebo. Environ 14,8 % de personnes en plus ont rapporté un effet secondaire dans le groupe des antidépresseurs. Cela équivaut à 1 personne sur 7 ayant un effet secondaire.

- 49,3 % des membres du groupe placebo ont eu un effet secondaire.
- 64,1 % des membres du groupe antidépresseur ont eu un effet secondaire.

Effets indésirables graves :

Il n'y a pas eu de différence dans les effets secondaires graves entre les groupes.

- 1,7 % des membres du groupe placebo ont présenté des effets secondaires graves.
- 1,6 % des membres du groupe antidépresseur ont eu des effets secondaires graves.

Qualité des données probantes

Chez les personnes atteintes d'arthrose, des données probantes de qualité élevée montrent que les antidépresseurs ont un léger effet positif sur la douleur et la fonction et qu'une personne sur six a une réponse cliniquement importante, à savoir une réduction de 50 % ou plus de sa douleur. Des données probantes de qualité élevée démontrent également que les personnes prenant des antidépresseurs ont une fréquence d'effets secondaires plus élevée que celles prenant un placebo.

Des données probantes de qualité modérée montrent des améliorations très faibles, probablement sans importance, de la qualité de vie des personnes prenant des antidépresseurs par rapport au placebo. Les personnes recevant des antidépresseurs sont plus susceptibles de les arrêter en raison d'effets secondaires que celles recevant un placebo.

Des données probantes de faible qualité montrent l'existence de peu de différence entre les antidépresseurs et le placebo concernant les effets secondaires graves.

Référence: Leaney AA, Lyttle JR, Segan J, Urquhart DM, Cicuttini FM, Chou L, Wluka AE. Antidepressants for hip and knee osteoarthritis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 10. Art. No.: CD012157. DOI: 10.1002/14651858.CD012157.pub2.

2. Traitements complémentaires utilisés avec la thérapie par l'exercice pour l'arthrose de hanche ou de genou

Quel est l'objectif de cette revue ?

L'arthrose est une affection dégénérative chronique qui touche généralement les articulations de la hanche et du genou, qui provoque des douleurs et des difficultés dans les activités quotidiennes telles que la marche. La thérapie par l'exercice terrestre fait référence à des exercices effectués sur terre (par opposition aux exercices dans l'eau) et constitue un traitement de première intention. Cette revue visait à déterminer si l'ajout de thérapies complémentaires à la thérapie par l'exercice terrestre améliorerait la douleur, la fonction, la qualité de vie, les changements globaux rapportés par les participants ou les changements radiologiques chez les personnes souffrant d'arthrose de hanche ou de genou. Parmi les thérapies complémentaires, citons la thérapie manuelle, les thérapies psychologiques ou diététiques, les agents électrophysiques (tels que la chaleur, le froid, la stimulation nerveuse, les ultrasons ou le laser) ou l'acupuncture. Nous avons inclus des études comparant des thérapies complémentaires en plus de la thérapie par l'exercice terrestre à 1) une thérapie simulée (ou placebo) plus la thérapie par l'exercice terrestre ou 2) la thérapie par l'exercice terrestre uniquement.

Date de la recherche

Cette revue systématique est à jour jusqu'au 10 juin 2021.

Qu'avons-nous trouvé ?

Nous avons trouvé 62 essais contrôlés randomisés avec 6508 participants, principalement des femmes, dans 24 pays. L'âge moyen se situait entre 52 et 83 ans, avec des symptômes présents de 9 mois à 12 ans. Soixante études ont porté sur des personnes souffrant d'arthrose du genou, une sur des personnes souffrant d'arthrose de la hanche et une sur des personnes souffrant d'arthrose du genou ou de la hanche. Vingt et un essais ont comparé les thérapies complémentaires en plus de la thérapie par l'exercice à des thérapies complémentaires simulées en plus de la thérapie par l'exercice, et 41 essais à la thérapie par l'exercice seulement. Trente-huit essais ont porté sur des agents électrophysiques, sept sur des thérapies manuelles, quatre sur l'acupuncture/l'aiguilletage sec ou l'utilisation de bandes adhésives, trois sur des interventions psychologiques, diététiques, sur les vibrations du corps entier (il s'agit de se tenir debout sur une plate-forme vibrante) ou sur la thérapie spa/boue, et un sur les orthèses plantaires (semelles de chaussures).

Source de financement

Trente-huit études ont été financées, quatre n'ont reçu aucun financement et le soutien financier n'a pas été signalé dans 20 autres.

Principaux résultats

Onze essais (18 %) ont mesuré les événements indésirables (non désirés), qui comprenaient à la fois les événements indésirables graves et non graves. Les plus courantes étaient une augmentation de la douleur, de la raideur ou du gonflement. Il n'y avait pas de différence en termes d'événements indésirables entre les thérapies complémentaires utilisées avec l'exercice et les thérapies simulées avec l'exercice.

Les thérapies complémentaires en plus de la thérapie par l'exercice physique comparées à des thérapies complémentaires simulées en plus de la thérapie par l'exercice physique (22 études)

Par rapport aux thérapies complémentaires simulées utilisées avec la thérapie par l'exercice terrestre, les thérapies complémentaires telles que les agents électrophysiques, l'acupuncture, l'aiguilletage sec ou les bandes adhésives, utilisées avec la thérapie par l'exercice, pourraient ne pas être plus efficaces pour améliorer la douleur, la fonction physique ou la qualité de vie jusqu'à six mois après le traitement.

La douleur (des scores plus bas signifient moins de douleur)

Amélioration de 10 % ou de 0,77 point sur une échelle de 0 à 10 points.

Scores sur la fonction physique (des scores plus bas signifient une meilleure fonction physique)

Amélioration de 12 %, soit 5,03 points sur une échelle de 0 à 68 points.

Qualité de vie (des scores plus élevés signifient une meilleure qualité de vie)

Pire de 1 % ou pire de 0,75 point sur une échelle de 0 à 100 points.

Événements indésirables

Bien que cela ne soit pas souvent rapporté dans les études, il n'y avait pas de différence dans les événements indésirables entre les thérapies complémentaires utilisées avec l'exercice et les thérapies simulées avec l'exercice.

Thérapies complémentaires plus thérapie par l'exercice en comparaison avec la thérapie par l'exercice seule (41 études)

Comparativement à la thérapie par l'exercice terrestre, les thérapies complémentaires (thérapies manuelles, électrothérapie, interventions diététiques, thérapies psychologiques, vibrations du corps entier, acupuncture, aiguilletage sec, bandage adhésif, thérapie spa/boue ou orthèses plantaires) en plus de la thérapie par l'exercice ne sont pas nécessairement plus efficaces pour améliorer la douleur, la fonction physique, la qualité de vie ou les changements articulaires mesurés par radiographie jusqu'à six mois après le traitement.

La douleur (des scores plus bas signifient moins de douleur)

Amélioration de 7 %, soit 0,41 point sur une échelle de 0 à 10 points.

Scores sur la fonction physique (des scores plus bas signifient une meilleure fonction physique)

Amélioration de 9 %, soit 2,83 points sur une échelle de 0 à 68 points.

Qualité de vie (des scores plus élevés signifient une meilleure qualité de vie)

Pire de 2 %, soit 1,04 point de moins sur une échelle de 0 à 100 points.

Changement global rapporté par le patient

17 % de personnes complémentaires ont jugé leur traitement réussi.

Changements radiologiques : Amélioration de 12 % (sur la base d'une étude)

Effets indésirables : Bien qu'ils ne soient pas souvent rapportés dans les études, les risques ne semblent pas plus élevés pour les thérapies complémentaires utilisées avec l'exercice que pour l'exercice seul.

Moins d'études ont évalué les critères de jugement six ou douze mois après le traitement. Les thérapies complémentaires en plus de la thérapie par l'exercice terrestre pourraient ne pas être meilleures pour réduire la douleur ou améliorer la fonction physique ou la qualité de vie que la thérapie par l'exercice seule à 6 ou 12 mois. Dans l'évaluation globale rapportée par les patients, 31 % ont signalé une amélioration à 6 mois, et 42 % à 12 mois.

Conclusions et niveau de confiance des données probantes

Les thérapies complémentaires en plus de la thérapie par l'exercice ne semblent pas offrir d'améliorations significatives de la douleur, de la fonction, de la qualité de vie ou de l'évolution globale chez les personnes souffrant d'arthrose de hanche ou de genou, par rapport aux thérapies complémentaires simulées en plus de la thérapie par l'exercice terrestre ; ou en ce qui concerne la douleur, la fonction, la qualité de vie ou les changements sur les radiographies, par rapport à la thérapie par l'exercice seule. Par rapport à la thérapie par l'exercice, il y a probablement un bénéfice clinique dans le changement global rapporté par le patient pour les thérapies complémentaires en plus de la thérapie par l'exercice, sur la base d'un petit nombre d'études. Notre confiance dans les données probantes varie de modéré à faible ou nul pour différents critères de jugement. Bien que les résultats indiquent qu'il n'y a pas d'augmentation des événements indésirables des thérapies complémentaires utilisées avec la thérapie par l'exercice, cela a été mal rapporté. La plupart des études ont évalué les effets à court terme, avec une évaluation limitée à moyen ou long terme.

Référence: de Moraes Silva MA, Nakano LCU, Cisneros LL, Miranda Jr F. Balneotherapy for chronic venous insufficiency. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 1. Art. No.: CD013085. DOI: 10.1002/14651858.CD013085.pub3.

3. Arthroplastie de l'épaule dans l'arthrose de l'épaule et l'arthrose associée à une rupture des tendons de la coiffe des rotateurs

Contexte

L'arthrose est une affection des articulations. Avec le temps, le cartilage s'amincit et les surfaces osseuses exposées se frottent les unes contre les autres, provoquant des douleurs et une perte de mobilité. Les personnes souffrant de rupture des tendons de l'épaule peuvent développer un type d'arthrose spécifique, appelé omarthrose excentrée. Les gens ont généralement besoin de médicaments pour soulager la douleur et pourraient se voir proposer des traitements non chirurgicaux dans un premier temps, notamment de la physiothérapie et des injections. Certaines personnes présentant des symptômes persistants d'arthrose avancée se voient proposer une arthroplastie de l'épaule. Dans « l'hémiarthroplastie humérale », seule la tête (partie sphérique) de l'humérus est remplacée par une tête artificielle et continue à s'articuler dans la cavité. Dans le cas d'une « arthroplastie par prothèse totale de l'épaule », la cavité est également remplacée par une cavité artificielle. Dans le cas de l'« arthroplastie par prothèse totale inversée de l'épaule », le remplacement se fait intentionnellement à l'envers avec une boule artificielle fixée à l'ancienne cavité et une cavité artificielle placée

sur l'humérus. Le type de remplacement effectué dépend généralement du type d'atteinte de l'articulation et du tendon.

Nous ne savons pas clairement si l'arthroplastie de l'épaule est le meilleur traitement pour les personnes souffrant d'arthrose de l'épaule ou d'omarthrose excentrée, ni quand il devrait être fait, ou quel type de remplacement est le meilleur pour chaque personne. Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons cherché les meilleures données probantes dans des études appelées essais randomisés.

Caractéristiques des études

Cette revue est à jour jusqu'au 31 janvier 2019 et ne comprend que les études dans lesquelles le traitement a été réparti par type au hasard. Tous les participants aux études souffraient d'arthrose de l'épaule ou d'omarthrose excentrée et avaient déjà essayé des traitements non chirurgicaux. L'âge moyen des participants était compris entre 63 et 81 ans. Un peu plus de la moitié des participants étaient des femmes. Nous n'avons pas trouvé d'étude comparant l'arthroplastie de l'épaule à un autre type de traitement, y compris les autres types de chirurgie sans remplacement, la physiothérapie ou l'absence de traitement. Nous avons trouvé cinq études comparant un type d'arthroplastie à un autre type d'arthroplastie. Nous avons trouvé 15 études comparant un type d'arthroplastie au même type, réalisé avec une modification technique ou un composant prothétique différent. Huit études sur vingt ont été financées par un fabricant de prothèses d'épaule. Sept autres études sur vingt ont été menées par des chercheurs qui avaient d'autres relations financières avec des fabricants de prothèses d'épaule.

Principaux résultats

Trois essais (126 participants) ont répondu à nos critères d'inclusion pour notre principale comparaison entre l'arthroplastie totale de l'épaule (ATE) conventionnelle à tige et l'hémiarthroplastie humérale à tige pour le traitement de l'arthrose de l'épaule. L'ATE pourrait entraîner une diminution de la douleur et une meilleure fonction par rapport à l'hémiarthroplastie humérale au bout de deux ans de suivi, mais cela pourrait ne pas être perceptible. Nous ne sommes pas sûrs qu'il y ait des différences dans la fréquence des effets indésirables et des opérations ultérieures.

L'ATE a entraîné une réduction de la douleur de 15 % (de 1 % à 29 %).

- Les personnes ayant bénéficié d'une hémiarthroplastie humérale ont évalué leur douleur à 2,8 points (sur une échelle de 0 à 10).

- Les personnes qui ont eu l'ATE ont évalué leur douleur à 1,29 points.

L'ATE a entraîné une amélioration de la fonction de 11 % (de 2 % à 19 %).

- Les personnes ayant bénéficié d'une hémiarthroplastie humérale ont évalué leur fonction à 72,8 points (sur une échelle de 0 à 100).

- Les personnes qui ont eu l'ATE ont évalué leur fonction à 83,4 points.

L'ATE a conduit à une qualité de vie similaire à celle de l'hémiarthroplastie humérale (de 5 % inférieure à 7 % supérieure, de 5 points inférieure à 7 points supérieure (échelle de 0 à 100)).

- Les personnes ayant bénéficié d'une hémiarthroplastie humérale ont évalué leur qualité de vie à 57,4 points.

- Les personnes qui ont eu l'ATE ont évalué leur qualité de vie à 58,4 points. L'ATE a entraîné un nombre similaire d'effets indésirables (de 25 % de moins à 21 % de plus) et un nombre similaire d'opérations supplémentaires sur la même épaule (de 8 % de moins à 15 % de plus) par rapport à l'hémiarthroplastie humérale.
- Après l'hémiarthroplastie humérale, 286 personnes sur 1000 ont subi un effet indésirable et 103 sur 1000 ont dû subir d'autres opérations.
- Après l'ATE, 143 personnes sur 1000 ont subi un effet indésirable et 77 sur 1000 ont dû subir d'autres opérations.

Qualité des données probantes

Pour la principale comparaison, la qualité des données probantes permettant d'évaluer la douleur, la fonction et la qualité de vie était faible. Pour l'évaluation des effets indésirables et les opérations ultérieures, la qualité des données probantes était très faible. Dans les 12 autres comparaisons, la qualité des données probantes était également très faible.

Référence: Craig RS, Goodier H, Singh JA, Hopewell S, Rees JL. Shoulder replacement surgery for osteoarthritis and rotator cuff tear arthropathy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 4. Art. No.: CD012879. DOI: 10.1002/14651858.CD012879.pub2.

4. Quels sont les traitements les plus efficaces de l'arthrose du gros orteil, à l'exclusion de la chirurgie ?

Principaux messages

- Comparées aux semelles factices, les semelles de soutien de la voûte plantaire ou les semelles intérieures rigides n'apportent probablement pas de bénéfices cliniquement importants en termes de douleur, de fonction ou de qualité de vie. Le risque d'effets indésirables pourrait être le même.
- Comparée à une injection de placebo, une injection unique d'acide hyaluronique n'apporte probablement pas de bénéfices importants sur la douleur ou la fonction. La qualité de vie peut être la même et le risque d'effets indésirables peut être plus faible.
- Nous ne disposons pas de données probantes sur les bénéfices et les risques des autres traitements et des recherches supplémentaires sont nécessaires pour les déterminer.

Qu'est-ce que l'arthrose du gros orteil et comment est-elle traitée ?

L'arthrose, qui signifie inflammation des articulations, est très fréquente. L'arthrose affectant le gros orteil provoque des douleurs, des déformations et une diminution de l'amplitude des mouvements. Les traitements non chirurgicaux courants comprennent la thérapie par le froid et la chaleur, les analgésiques, les stéroïdes, les chaussures modifiées et les semelles orthopédiques.

Que voulions-nous découvrir ?

Nous voulions savoir si les traitements non chirurgicaux de l'arthrose du gros orteil réduisaient la douleur des patients et amélioreraient leur fonction, leur qualité de vie et la structure de l'articulation du gros orteil (d'après les radiographies). Nous voulions également savoir s'il y avait des effets indésirables.

Comment avons-nous procédé ?

Nous avons recherché des études portant sur un traitement non chirurgical comparé à un placebo (traitement factice) ou à un autre traitement non chirurgical chez des personnes souffrant d'arthrose du gros orteil.

Nous avons comparé et résumé les résultats des études et évalué le niveau de confiance des données probantes en fonction de facteurs tels que la méthodologie et la taille des études.

Qu'avons-nous trouvé ?

Six études portant sur 547 participants âgés de 32 à 62 ans. Quatre études ont été menées en Australie, une en Turquie et une aux États-Unis. Chaque étude a porté sur des traitements différents :

- des semelles de soutien de la voûte plantaire par rapport à des semelles factices ;
- des semelles intérieures rigides par rapport à des semelles factices ;
- l'injection d'acide hyaluronique (substance naturellement présente dans le corps qui aide à lubrifier et à amortir les articulations) par rapport à l'injection de sérum physiologique (placebo) ;
- les semelles orthopédiques avec soutien de la voûte plantaire par rapport aux chaussures à semelles basculantes ;
- la thérapie à la péloïde (application de boue argileuse à 42°C) par rapport à la thérapie à la paraffine ;
- la mobilisation des sésamoïdes (déplacement des petits os du pied), renforcement du flexor hallucis longus (muscle reliant le mollet au gros orteil) et entraînement à la marche en plus de la kinésithérapie par rapport à la kinésithérapie seule.

Principaux résultats

Les semelles orthopédiques comparées à des semelles factices (1 étude, 88 personnes) ne réduisent probablement pas la douleur et n'améliorent pas la fonction ou la qualité de vie. Il pourrait y avoir un risque similaire d'effets indésirables. Cette étude n'a pas rapporté de résultats radiologiques.

Sur une échelle de 0 à 10, où 0 correspond à l'absence de douleur, les personnes portant des semelles orthopédiques avec soutien de la voûte plantaire ont signalé une réduction de la douleur de 0,4 point.

- les personnes portant des semelles de soutien de la voûte plantaire ont évalué leur douleur à 3,5 points ;
- les personnes portant des semelles factices ont évalué leur douleur à 3,9 points.

Sur une échelle de 0 à 100, où 100 correspond à la meilleure fonction, les personnes portant des semelles de soutien de la voûte plantaire ont signalé une détérioration de leur fonction de 7,8 points.

- les personnes qui portent des semelles de soutien de la voûte plantaire ont évalué leur fonction à 65,5 points.
- les personnes portant des semelles factices ont évalué leur fonction à 73,3 points.

Sur une échelle de -0,04 à 1,00, où 1,00 correspond à la meilleure qualité de vie, les personnes portant des semelles orthopédiques n'ont signalé aucune différence de qualité de vie.

- les personnes portant des semelles de soutien de la voûte plantaire ont évalué leur qualité de vie à 0,81 point.

- les personnes portant des semelles factices ont évalué leur qualité de vie à 0,81 point. Les effets indésirables (principalement des douleurs aux pieds) ont été signalés par 6 % de personnes en moins avec les semelles de soutien de la voûte plantaire.

- 4/47 (9 %) personnes ayant utilisé des semelles de soutien de la voûte plantaire ont rapporté un effet indésirable.

- 6/41 (15 %) personnes ayant reçu des semelles factices ont rapporté un effet indésirable.

Des arrêts de traitement en raison d'effets indésirables ont été signalés par 2 % de plus de personnes utilisant des semelles de soutien de la voûte plantaire.

- 1/47 (2 %) personnes ayant reçu des semelles de soutien de la voûte plantaire se sont retirées du traitement en raison d'effets indésirables.

- 0/41 (0 %) personnes ayant reçu des semelles factices se sont retirées en raison d'effets indésirables.

Les semelles intérieures rigides comparées à des semelles factices (1 étude, 100 personnes) ne réduisent probablement pas la douleur, n'améliorent pas la fonction ou la qualité de vie. Il y avait probablement un risque similaire d'effets indésirables.

L'injection d'acide hyaluronique comparée à l'injection de placebo (1 étude, 151 personnes) ne réduit probablement pas la douleur, ni n'améliore la fonction, ni la qualité de vie. Le risque d'effets indésirables peut être moindre.

Quelles sont les limites des données probantes ?

Pour l'arthrose du gros orteil, nous sommes modérément convaincus qu'il n'y a pas de bénéfices à utiliser des semelles de soutien de la voûte plantaire, des semelles intérieures rigides ou une injection d'acide hyaluronique, mais il n'y a pas assez d'études pour en être certain.

Ces données probantes sont-elles à jour ?

Cette revue est une mise à jour de notre précédente revue, publiée en 2010. Les données probantes sont à jour jusqu'au 21 février 2023.

Référence: Munteanu SE, Buldt A, Lithgow MJ, Cotchett M, Landorf KB, Menz HB. Non- surgical interventions for treating osteoarthritis of the big toe joint. Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, Issue 6. Art. No.: CD007809. DOI: 10.1002/14651858.CD007809.pub3.

5. La thérapie par le froid après implantation d'une prothèse totale du genou

Quels sont les bénéfices et les risques de la thérapie par le froid après une prothèse totale du genou ?

Principaux messages

Comparée à un placebo, la thérapie par le froid pourrait améliorer la perte de sang, la douleur, l'amplitude des mouvements du genou et le gonflement à court terme après une prothèse totale du genou (PTG). Nous sommes moins certains de son effet sur les transfusions sanguines, la fonction du genou, le soulagement de la douleur, la durée du séjour à l'hôpital, la qualité de vie ou le niveau d'activité. Bien que les données probantes soient limitées, les événements indésirables graves liés à la thérapie par le froid sont peu préoccupants.

Qu'est-ce que l'arthrose et comment est-elle traitée ?

L'arthrose est une maladie dégénérative des articulations, telles que le genou. L'arthrose du genou peut provoquer des douleurs, limiter la fonction et détériorer la qualité de vie. L'arthroplastie totale peut soulager cette condition à long terme, mais les effets de la période de récupération (jusqu'à 6 mois après l'opération) peuvent laisser les personnes affaiblies et déficientes. La thérapie par le froid (cryothérapie) consiste à appliquer de basses températures sur la peau entourant une blessure ou un site chirurgical. Cela peut se faire à l'aide de sacs de glace ou d'appareils spécialisés qui délivrent de l'eau refroidie à la zone concernée.

Que voulions-nous découvrir ?

Nous voulions savoir si la cryothérapie avait des effets sur la perte de sang, la douleur et la fonction du genou dans les 48 heures suivant la prothèse totale du genou.

Comment avons-nous procédé ?

Nous avons recherché des études portant sur la cryothérapie comparée à un placebo chez des personnes ayant subi une prothèse totale du genou. Nous avons comparé et résumé les résultats des études et évalué le niveau de confiance des données probantes en fonction de facteurs tels que la méthodologie et la taille des études.

Qu'avons-nous trouvé ?

Nous avons inclus 22 essais dans lesquels des personnes subissant une prothèse totale du genou ont reçu une forme quelconque de thérapie par le froid (avec ou sans autres traitements) et ont été comparées à des personnes ne recevant aucune thérapie par le froid. Au total il y avait 1839 personnes, âgées de 64 à 74 ans. Les critères de jugement d'intérêt concernaient la phase aiguë (dans les 48 heures suivant l'opération), mais certaines études incluaient un suivi allant jusqu'à 12 semaines.

Principaux résultats

Pertes de sang

La perte de sang a été réduite de 264 ml avec la cryothérapie jusqu'à 13 jours après l'opération.

- Les personnes ont perdu 561 ml de sang avec la cryothérapie.

- Les personnes ont perdu 825 ml de sang sans cryothérapie.

La douleur (des scores plus bas signifient moins de douleur)

La cryothérapie a permis d'atténuer la douleur de 1,6 point sur une échelle de 0 à 10 points, deux jours après l'intervention.

- Les personnes ayant bénéficié de la cryothérapie ont évalué leur douleur à 3,2 points.

- Les personnes n'ayant pas eu recours à la cryothérapie ont évalué leur douleur à 4,8 points.

Transfusion sanguine

42 % de personnes en plus ont dû subir une transfusion sanguine avec la cryothérapie, soit 42 personnes en plus sur 100, jusqu'à 13 jours après l'opération.

- 79 personnes sur 100 ont reçu une transfusion avec la cryothérapie.

- 37 personnes sur 100 ont reçu une transfusion sans cryothérapie.

Amplitude de mouvement du genou

La flexion de l'articulation du genou était supérieure de 8,3 degrés avec la cryothérapie lorsque les patients quittaient l'hôpital.

- Les personnes ayant bénéficié d'une cryothérapie avaient 71,2 degrés de flexion.

- Les personnes n'ayant pas eu recours à la cryothérapie avaient 62,9 degrés de flexion.

Fonction du genou

La fonction du genou s'est améliorée de 13,2 points sur une échelle de 0 à 100 points grâce à la cryothérapie, deux semaines après l'opération.

- Les personnes ayant subi une cryothérapie avaient un score fonctionnel de 88,6.

- Les personnes n'ayant pas subi de cryothérapie avaient un score fonctionnel de 75,4

Nombre total d'événements indésirables

0 % de personnes supplémentaires ont signalé des événements indésirables avec la cryothérapie, soit 0 de plus sur 100, jusqu'à 30 jours après l'intervention.

- 2,7 personnes sur 100 ont signalé des événements indésirables liés à la cryothérapie.

- 2,1 personnes sur 100 ont signalé des événements indésirables sans cryothérapie.

Abandons pour cause d'événements indésirables

0 % de personnes supplémentaires se sont retirées de l'étude en raison d'événements indésirables liés à la cryothérapie, soit 0 personne de plus sur 100, jusqu'à 30 jours après l'intervention.

- 0,4 personne sur 100 s'est retirée en raison d'événements indésirables liés à la cryothérapie.

- 0,2 personne sur 100 s'est retirée en raison d'événements indésirables sans cryothérapie.

Quelles sont les limites des données probantes ?

Nous avons peu confiance dans les données probantes montrant que la thérapie par le froid pourrait légèrement améliorer la perte de sang, la douleur et l'amplitude des mouvements après une intervention chirurgicale. Nous ne savons pas si elle diminue le risque de transfusion sanguine, améliore la fonction du genou, augmente le risque d'événements indésirables ou a contribué à des arrêts prématurés en raison

d'événements indésirables. Les facteurs qui ont diminué notre confiance comprennent les défauts du plan d'étude (les participants n'ont pas été assignés aux traitements de manière aléatoire ; certains participants ont abandonné l'étude ; les participants pouvaient dire quel traitement ils recevaient), le manque d'études ou de participants pour être sûrs des résultats, et les variations entre les études en ce qui concerne les résultats et les méthodes.

Les données probantes sont-elles à jour ?

Les données probantes sont à jour jusqu'au 27 mai 2022.

Référence : Aggarwal A, Adie S, Harris IA, Naylor J. Cryotherapy following total knee replacement. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 9. Art. No.: CD007911. DOI: 10.1002/14651858.CD007911.pub3.

Autres sources:

Kouakep T, Mbarga N, Nkoa L. Prevalence and risk factors of osteoarthritis in urban Cameroon. J Afr Health. 2019;15(3):25-35.

Mbarga M, Fofou B, Etoundi J. Arthritis and public health in Central Africa: Challenges and opportunities. Cameroon Health Rev. 2021;10(4):60-72.

Nkoke C, Luma H, Pefura Y. Arthrose et handicap chez les adultes camerounais : un défi émergent. Rev Méd Cameroun. 2020;28(2):112-118.

Document produit par:

Cochrane Cameroon
Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé
Téléphone fixe: +237 242 081 919 Email: camer.cdbpsh@gmail.com
site web: www.cdbph.org Yaoundé Cameroun