

# Infiltration de corticoïdes versus physiothérapie: quel est le meilleur traitement pour le patient atteint de gonarthrose ?

## Contribution à la prise de décision clinique

Cet essai clinique randomisé montre qu'autant la physiothérapie que les injections de corticostéroïdes diminuent significativement la douleur associée à l'arthrose du genou. La présence de biais (absence de double insu et collecte d'issues cliniques favorisant le groupe physiothérapie) ne permet pas de démontrer clairement la supériorité de la physiothérapie.



[Alice Famelart](#), R1

## Référence de l'article

Gail D. Deyle GD, Allen CS, Allison SC, Gill NW, Hando BR, Perterson EJ, et coll. Physical Therapy versus Glucocorticoid Injection for Osteoarthritis of the Knee. New England Journal of Medicine, avril 2020.

## Adresse de l'article via Pubmed en hyperlien

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32268027/>

## Résumé structuré

### Objectif

Comparer l'efficacité de l'infiltration de corticoïdes avec la physiothérapie dans le traitement de l'arthrose du genou.

### Conception

Essai clinique randomisé à simple insu

### Contexte de soins

États-Unis (Texas et Washington), soins primaires.

### Participants

Critères d'inclusion :

- 38 ans et plus
- Se présenter dans un des 2 hôpitaux militaires pour recevoir un soin de santé primaire ou pour consulter un physiothérapeute
- Rencontrer les critères diagnostiques d'arthrose et présenter une atteinte radiologique

Principaux critères d'exclusion :

- Avoir reçu une infiltration de corticoïdes ou avoir suivi un traitement de physiothérapie dans la dernière année
- Refuser de recevoir une infiltration
- Avoir une autre pathologie au genou

### Discipline médicale et milieu de formation :

Médecine familiale, GMF-U de Lévis

### Révisé par :

D<sup>re</sup> Valérie Gilbert, D<sup>r</sup> Samuel Boudreault

## Interventions

### Groupe 1:

- Infiltration : 1 mL d'acétonide triamcinolone (40mg/mL) et 7 mL de lidocaïne 1%
- Possibilité de recevoir une infiltration supplémentaire à 4 mois et à 9 mois (maximum 3 durant l'année)

### Groupe 2 :

- Physiothérapie : techniques manuelles standardisées d'étirement et de renforcement
- Jusqu'à 8 séances durant les 6 premières semaines
- Possibilité de recevoir une à trois séances supplémentaires à 4 mois et à 9 mois

Suivi et cueillette de données à 4 semaines, 8 semaines, 6 mois et 1 an pour les deux groupes.

## Critères de jugement primaires et secondaires

Critère primaire: score total selon le *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)*, entre 0 et 240, où un résultat plus élevé indique un plus haut degré de douleur, de raideur et d'atteinte fonctionnelle.

Critères secondaires:

- Temps requis pour compléter les tests *Alternate Step Test* et *Timed Up and Go*
- Score sur l'échelle de changement global

## Résultats

Résultats primaires :

- Dans le groupe « infiltration », le score WOMAC est passé de **108,8** (+/- 47,1) à **55,8** (+/-53,8)
- Dans le groupe « physiothérapie », le score WOMAC est passé de **107,1** (+/-42,4) à **37,0** (+/-30,7)
- La différence entre les deux moyennes était de **18,8 points** (IC 95% : 5,0 à 32,6)

Résultats secondaires :

- Échelle de changement global : +4 dans le groupe « infiltration » et +5 dans le groupe « physiothérapie »
- *Alternate Step Test* : 11,7 à 9,0 sec (- 2,7 sec) dans le groupe « infiltration » et 10,9 à 8,0 sec (- 2,9 sec) dans le groupe « physiothérapie ».
- *Timed Up and Go* : 9,9 à 8,1 sec (- 1,8 sec) dans le groupe « infiltration » et 9,4 à 7,3 sec (- 2,1 sec) dans le groupe « physiothérapie ».

## Conclusion des auteurs de l'étude

Les patients ayant reçu la physiothérapie avaient moins de douleur et de limitation fonctionnelle à un an comparativement aux patients qui avaient reçu des infiltrations de corticoïdes.

## Commentaires

### Pertinence de l'étude

L'arthrose du genou est une condition courante en médecine familiale. Les infiltrations de corticoïdes sont fréquemment prescrites pour soulager les patients et de plus en plus, la physiothérapie. Ces deux modalités ont déjà prouvé leur efficacité par plusieurs études, mais aucune ne les avait comparées entre elles. Si une option thérapeutique se révélait supérieure à l'autre, cela pourrait guider le choix de traitement pour les patients.

### Critique de la méthodologie

#### VALIDITÉ INTERNE

Il s'agit d'une étude globalement bien conçue. La randomisation a été faite de façon appropriée : les caractéristiques de base des patients sont similaires dans les deux groupes. Ils ont calculé qu'un échantillon de 138 patients serait nécessaire pour obtenir une puissance de 80%. En prévention des pertes au suivi, ils ont recruté 10% plus de patients, soit 156 au total. Les résultats ont été analysés « en intention de traiter » et les pertes au suivi sont faibles (5 dans le groupe infiltration et 1 dans le groupe physiothérapie)

Deux aspects peuvent en revanche impacter la validité des résultats :

1. Seule la collecte de données a été effectuée à l'aveugle. Cet insu a été généralement respecté : il y a eu bris d'aveuglement seulement à 11 moments sur 616 au total. Cependant, vu la nature subjective des issues (douleur), l'absence d'insu des participants peut avoir introduit un biais de performance surtout qu'un tiers des participants s'étaient présenté à l'hôpital avec l'intention de demander des traitements de physiothérapie. Les patients dans le groupe physiothérapie étaient aussi suivis plus fréquemment ayant reçu 11,8 séances, versus 2,6 infiltrations dans l'autre groupe.
2. Le choix de l'issue principale à un an favorise d'emblée le groupe physiothérapie. La dernière visite dans le groupe corticostéroïdes était trois mois avant la collecte d'information (à 9 mois après la randomisation). Or, il est reconnu que la durée d'effet des injections de corticostéroïdes est généralement tout au plus 3 mois. Les différences entre les groupes à 4 semaines, 8 semaines et 6 mois étaient non-statistiquement significatives.

## VALIDITÉ EXTERNE

La plupart des caractéristiques des participants (âge moyen de 56 ans, IMC à 31, douleur évoluant depuis sept ans) sont représentatives de la pratique. Cependant, leur statut d'ex-militaire explique probablement que 56% des participants étaient des hommes alors que la prévalence de la gonarthrose est un peu plus élevée chez les femmes (1,7 F : 1H)<sup>1</sup>. On peut aussi supposer que les participants pouvaient être plus portés vers l'activité physique vu leur passé militaire.

On peut considérer que les interventions sont toutes les deux réalisables, mais seulement si le patient peut bénéficier de la physiothérapie (via une couverture d'assurances ou en payant).

## Financement de l'étude

Cardon Rehab, une compagnie américaine fabricant des tables de traitement de physiothérapie, a financé l'étude.

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêt.

## Mise en perspective selon l'état des connaissances

- Il n'y a pas d'études récentes faisant la comparaison directe entre les deux méthodes.
- L'équipe de PEER<sup>2</sup> a récemment conduit une méta-analyse en parapluie sur les traitements de l'arthrose. L'exercice physique (RR = 2,36, IC 95% : 1,79 à 3,12) et les infiltrations de glucocorticoïdes (RR = 1,74, IC 95% : 1,15 à 2,62) sont les deux traitements les plus efficaces en arthrose. Leur outil d'aide à la décision clinique est disponible à l'adresse suivante : <https://pain-calculator.com/calculators/osteoarthritis-pain/>
- UpToDate<sup>3</sup> propose un algorithme de prise en charge de l'arthrose du genou et on y fait mention de l'activité physique dès la première étape, mais sans nommer la physiothérapie. À noter que l'infiltration de corticoïdes apparaît en dernier recours.

## Références

1. UpToDate : En ligne, le 4 mars 2021: [https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-risk-factors-for-osteoarthritis?search=arthrose%20genou&source=search\\_result&selectedTitle=6~93&usage\\_type=default&display\\_rank=5#H1540853403](https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-risk-factors-for-osteoarthritis?search=arthrose%20genou&source=search_result&selectedTitle=6~93&usage_type=default&display_rank=5#H1540853403)
2. Ton J, Perry D, Thomas B, Allan GM, Lindblad AJ, McCormack J, et al. PEER umbrella systematic review of systematic reviews: Management of osteoarthritis in primary care. *Canadian Family Physician*. 1 mars 2020;66(3): e89-98.
3. UpToDate: En ligne, le 4 mars 2021: [https://www.uptodate.com/contents/search?search=arthrose%20genou&sp=0&searchType=PLAIN\\_TEXT&source=USER\\_INPUT&searchControl=TOP\\_PULLDOWN&searchOffset=1&autoComplete=false&language=&max=0&](https://www.uptodate.com/contents/search?search=arthrose%20genou&sp=0&searchType=PLAIN_TEXT&source=USER_INPUT&searchControl=TOP_PULLDOWN&searchOffset=1&autoComplete=false&language=&max=0&)

### **Avertissement:**

Tous les éléments du contenu sont présentés à titre informatif et éducatif seulement et ne remplacent en rien les conseils d'un médecin. AMC Impact inc. se dégage de toute responsabilité civile ou légale découlant de toute erreur ou omission, ou de l'utilisation de tout renseignement contenu aux présentes.