

Recommandation de bonnes pratiques

Résumé par Yves Larequi

Mains Libres 2023; 2: 134-136 | DOI: 10.55498/MAINSLIBRES.2023.11.2.134

Douleur à la hanche et déficit de mobilité – arthrose de la hanche: Révision 2017

Lignes directrices des pratiques cliniques liées à la classification internationale de la fonction, du handicap et de la santé de la section orthopédique de l’American Physical Therapy Association

(Hip Pain and Mobility Deficits-Hip Osteoarthritis : Revision 2017)

Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning Disability and Health From the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association, J Orthop Sport Phys Ther. 2017;47(6):A1-Q37. Doi:10.2519/jospt.2017.0301

Michael T. Cibulka (DPT), Nancy J. Bloom (DPT), Keelan R. Enseki (PT, MS), Cameron W. Macdonald (DPT), Judith Woehrle (PT, PhD), Christine M. McDonough (PT, Ph)

CONTEXTE

Les lignes directrices des pratiques cliniques en physiothérapie ont pour objectifs de décrire la pratique fondée sur des données probantes, y compris le diagnostic, le pronostic, la prise en charge et l’évaluation des résultats.

Dans le cadre des troubles musculo-squelettiques elles permettent:

- de classer et définir les troubles musculo-squelettiques courants en utilisant la terminologie de l’Organisation Mondiale de la Santé relative aux déficiences de la fonction et de la structure corporelles, aux limitations d’activité et aux restrictions de participation à ces activités.
- d’identifier les prises en charge soutenues par les meilleures preuves scientifiques actuelles pour remédier aux altérations de la fonction et de la structure corporelles, aux limitations d’activité et aux restrictions de participation associées aux affections musculo-squelettiques courantes.
- d’identifier les résultats permettant d’évaluer les changements d’état à la suite de la prise en charge physiothérapeutique.
- de fournir aux décideurs politiques et aux organes payeurs une description de la pratique des physiothérapeutes, en utilisant une terminologie internationalement reconnue.
- de créer et diffuser des publications de référence pour les cliniciens en physiothérapie, les enseignants, les maîtres de stage, les étudiants, et les autres personnes concernées concernant les meilleures pratiques actuelle en physiothérapie.

L’American Physical Therapy Association (APTA) a déjà proposé en 2009 des lignes directrices concernant les douleurs et déficits de mobilité de la hanche (Cibulka MT, White DM, Woehrle J, Harris-Hayes M, Enseki K, Fagerson TL, Slover J, Godges JJ. Hip pain and mobility deficits--hip osteoarthritis: clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability, and health from the orthopaedic section of the American Physical Therapy Association. J Orthop Sports Phys Ther. 2009 Apr;39(4):A1-25. doi: 10.2519/jospt.2009.0301. PMID: 19352008; PMCID: PMC3963282).

Les auteurs ont effectué une mise à jour de ces recommandations en 2017. Ce sont ces dernières qui sont résumées ci-dessous.

Tableau 1

Niveaux de preuve selon des critères adaptés du Centre for Evidence-based Medicine (Oxford, Royaume-Uni)

- I Preuves obtenues à partir d’études diagnostiques de haute qualité, d’études prospectives ou d’essais contrôlés randomisés;
- II Preuves obtenues à partir d’études diagnostiques de moindre qualité, d’études prospectives ou d’essais contrôlés randomisés (par exemple, critères diagnostiques et normes de référence plus faibles, randomisation inappropriée, absence d’aveuglement, suivi inférieur à 80 %);
- III Études cas-témoins ou études rétrospectives;
- IV Séries de cas;
- V Avis d’experts.

Tableau 2

Grades des recommandations selon des critères adaptés du Centre for Evidence-based Medicine (Oxford, Royaume-Uni)

- A Fortes preuves:** une prépondérance d’études de niveau I et/ou de niveau II étaye la recommandation. Il doit s’agir d’au moins une étude de niveau I;
- B Preuves modérées:** un seul essai contrôlé randomisé de haute qualité ou une prépondérance d’études de niveau II étaye la recommandation;
- C Preuves faibles:** une seule étude de niveau II ou une prépondérance d’études de niveaux III et IV, y compris des déclarations de consensus d’experts en la matière, étayent la recommandation;
- D Preuves contradictoires:** les études de qualité supérieure menées sur ce sujet sont en désaccord quant à leurs conclusions. La recommandation est basée sur ces études contradictoires;
- E Éléments théoriques/fondamentaux:** une prépondérance d’éléments provenant d’études sur des animaux ou des cadavres, de modèles/principes conceptuels ou de la science fondamentale/de la recherche de base soutient cette conclusion;
- F Expertise:** pratique optimale basée sur l’expérience clinique de l’équipe chargée de l’élaboration des lignes directrices.

Les niveaux de preuve et de gradation des articles de recherche ont été classés selon des critères adaptés du Centre for Evidence-based Medicine (Oxford, Royaume-Uni) pour les études diagnostiques, prospectives et thérapeutiques. Ces niveaux de preuve et gradations sont synthétisés dans les tableaux 1 et 2.

MÉTHODE

Des experts internationaux ont été désignés par la section orthopédique de l'APTA pour effectuer une revue de la littérature et élaborer des recommandations actualisées sur l'arthrose, les douleurs et les déficits de mobilité de la hanche, conformément à l'état des données probantes en 2017. Les objectifs de la révision étaient de fournir un résumé concis des preuves depuis la publication en 2009 des recommandations originales, et de développer de nouvelles recommandations ou de réviser les recommandations déjà publiées pour soutenir la pratique basée sur les preuves. Les auteurs de cette révision ont collaboré avec des bibliothécaires de recherche spécialisés dans l'examen systématique pour effectuer une recherche systématique des articles publiés dans ce domaine depuis 2008 et portant sur la classification, l'examen et les stratégies d'intervention, conformément aux méthodes d'élaboration des recommandations précédentes liées à la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF). En bref, les bases de données suivantes ont été consultées de 2008 à 2016 : MEDLINE (PubMed; 2008-2016), CI-NAHL (EBSCO; 2008-2016), PEDro (EBSCO; 2008-2016) et la Cochrane Library (Wiley; 2008-2016).

Les articles contribuant aux recommandations ont été examinés sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion spécifiés, dans le but d'identifier les preuves pertinentes pour la prise de décisions cliniques des physiothérapeutes pour les adultes souffrant d'arthrose de la hanche et son cortège de symptômes. Le titre et le résumé de chaque article ont été examinés indépendamment par deux membres de l'équipe chargée de l'élaboration de ces recommandations.

RECOMMANDATIONS 2017¹

Diagnostic/Classification

Recommandations 2017

A Les praticiens devraient utiliser les critères suivants pour classer les adultes de plus de 50 ans dans la catégorie coxarthrose selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) et dans la catégorie de déficience associée de la CIF, à savoir :

- douleur de la hanche (b28016 Douleur articulaire) et déficits de mobilité (b7100 Mobilité d'une seule articulation) : douleur modérée antérieure ou latérale de la hanche pendant les activités de mise en charge, raideur matinale de

moins d'une heure après le réveil, amplitude de mouvement de la rotation interne de la hanche inférieure à 24° ou rotation interne et flexion de la hanche inférieure de 15° par rapport au côté non douloureux, et/ou douleur augmentée de la hanche associée à la rotation interne passive de la hanche.

Diagnostic différentiel

Recommandations 2017

F Les praticiens devraient réviser le diagnostic et modifier leurs plans de soins, ou orienter le patient vers son médecin, lorsque les antécédents du patient, les limitations d'activité signalées ou les altérations de la fonction et de la structure corporelles ne correspondent pas à ceux présentés dans la section diagnostic/classification de ces recommandations, ou lorsque les symptômes du patient ne diminuent pas avec la prise en charge visant à normaliser les altérations de la fonction du patient, ou lorsque les symptômes ne diminuent pas.

Examen clinique – Mesures des résultats : limitation de l'activité/mesures d'auto-rapport

Recommandation 2017

A Les praticiens devraient utiliser des mesures et analyses de résultats validées dans les domaines de la douleur de la hanche, de l'altération de la fonction corporelle, de la limitation de l'activité et de la restriction de la participation à ces activités pour évaluer les résultats du traitement de l'arthrose de la hanche. Les mesures d'évaluation de la douleur de la hanche peuvent inclure par exemple :

- la sous-échelle de douleur de l'indice de l'arthrose de l'Université Western Ontario et McMaster (WOMAC),
- le Brief Pain Inventory (BPI), le seuil de douleur à la pression (PPT)
- l'échelle visuelle analogique de la douleur (VAS).

Les mesures d'évaluation de la limitation de l'activité et de la restriction de la participation aux activités peuvent inclure :

- la sous-échelle de la fonction physique du WOMAC,
- le Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS),
- le Lower Extremity Functional Scale (LEFS)
- le Harris Hip Score (HHS).

Examen – Limitation de l'activité/analyse de la performance physique

Recommandation 2017

A Pour évaluer la limitation de l'activité, les restrictions de participation et les modifications du niveau de fonction du patient au cours de son traitement, les praticiens devraient utiliser des mesures de performance physique fiables et valides, telles que :

- le test de marche de 6 minutes,
- le lever de chaise pendant 30 secondes,
- la mesure de l'escalier,
- le test time up-and-go,
- l'équilibre chronométré sur une seule jambe,
- le test du pas dans 4 cases
- le test du pas de course.

A Les praticiens devraient mesurer les performances d'équilibre et les activités qui prédisent le risque de chute chez les adultes souffrant d'arthrose de la hanche, en particulier ceux dont la condition physique est diminuée ou qui présentent un risque élevé de chute en raison de leurs antécédents.

1. Ces recommandations et lignes directrices de pratique clinique sont basées sur la littérature scientifique publiée avant avril 2016. Veuillez vous référer aux lignes directrices publiées antérieurement : Cibulka MT, White DM, Woehrlé J, Harris-Hayes M, Ensey K, Fagerson TL, Slover J, Godges JJ. Hip pain and mobility deficits--hip osteoarthritis: clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability, and health from the orthopaedic section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2009 Apr;39(4):A1-25. doi: 10.2519/jospt.2009.0301. PMID: 19352008; PMCID: PMC3963282.

F Les praticiens devraient utiliser les recommandations publiées par l'Academy of Geriatric Physical Therapy de l'American Physical Therapy Association afin d'évaluer et gérer le risque de chute chez les patients souffrant d'arthrose de la hanche.

Examen – Mesures des déficiences physiques

Recommandation 2017

A Lorsqu'ils examinent un patient souffrant de douleur à la hanche ou d'arthrose de la hanche au cours d'un épisode de soins, les praticiens devraient documenter le test de flexion, d'abduction et de rotation externe (test de FABER ou Patrick) ainsi que l'amplitude passive du mouvement et la force musculaire de la hanche en rotation interne/rotation externe, en flexion/extension, en abduction/adduction.

Prise en charge – Éducation du patient

Recommandation 2017

C Les praticiens devraient proposer au patient des mesures d'éducation thérapeutique combinée à des exercices et/ou à des techniques de thérapie manuelle. L'éducation thérapeutique devrait inclure des modifications des activités, des exercices, une diminution du poids en cas de surpoids et des méthodes de décharge des articulations arthrosiques.

Prise en charge – Entraînement fonctionnel, à la démarche et à l'équilibre

Recommandation 2017

C Les praticiens devraient proposer aux patients souffrant d'arthrose de la hanche et de limitations de mobilité et d'activité, de troubles de l'équilibre et/ou de limitations de la marche lorsque des problèmes associés sont observés et documentés lors de l'anamnèse l'examen clinique :

- un entraînement fonctionnel à la marche;
- un entraînement fonctionnel à l'équilibre basé sur les déficiences observées, y compris l'utilisation correcte des moyens auxiliaires (cannes, béquilles, déambulateurs, etc.).

C Les praticiens devraient personnaliser les propositions d'activités thérapeutiques en fonction des aspirations du patient, de ses activités de la vie quotidienne et de ses besoins en matière d'activités fonctionnelles.

Prise en charge – Thérapie manuelle

Recommandation 2017

A Les praticiens devraient recourir à la thérapie manuelle dans les cas de patients souffrant d'arthrose de hanche, d'une altération de la mobilité, de la flexibilité et/ou de la douleur de l'articulation légère à modérée. La thérapie manuelle peut inclure des techniques manipulatives avec et sans impulsion et de mobilisation des tissus mous. Les rythmes et la durée des séances peuvent varier de 1 à 3 fois par semaine pendant 6 à 12 semaines chez les patients souffrant d'arthrose de la hanche légère à modérée. Lorsque le mouvement de la hanche s'améliore, les praticiens devraient ajouter des exercices comprenant des étirements et du renforcement musculaire afin d'augmenter et de maintenir les gains en termes d'amplitude de mouvement, de flexibilité et de force du patient.

Prise en charge – Exercices de mobilité, de renforcement et d'endurance

Recommandation 2017

A Les praticiens devraient utiliser des exercices de mobilité (souplesse), de renforcement musculaire et d'endurance individualisés pour traiter les déficiences de l'amplitude de mouvement de la hanche, les faiblesses musculaires spécifiques et la flexibilité limitée des muscles de la cuisse (hanche). Pour les programmes d'exercices en groupe, il conviendrait d'adapter les exercices aux déficiences physiques les plus importantes des patients. La fréquence et la durée du traitement doivent être comprises entre 1 et 5 fois par semaine pendant 6 à 12 semaines chez les patients souffrant d'arthrose de la hanche légère à modérée.

Prise en charge – Modalités

Recommandation 2017

B Les praticiens pourraient utiliser les ultrasons (1 MHz; 1 W/cm² pendant 5 minutes sur la hanche antérieure, latérale et postérieure pour un total de 10 traitements sur une période de 2 semaines) en plus des exercices et des compresses chaudes dans la prise en charge à court terme de la douleur et de la limitation des activités chez les personnes souffrant d'arthrose de la hanche.

Prise en charge – Attelles/orthèses

Recommandation 2017

F Les médecins ne devraient pas conseiller l'utilisation d'attelles en première intention. Une attelle peut être utilisée si les exercices ou les thérapies manuelles n'ont pas réussi à améliorer la participation aux activités de retournement/pivotement pour les patients souffrant d'arthrose de la hanche légère à modérée, en particulier pour ceux souffrant d'arthrose bilatérale de la hanche.

Prise en charge – Perte de poids

Recommandation 2017

C Au-delà des prises en charges physiothérapeutiques, en plus de proposer des exercices, les praticiens devraient collaborer avec les médecins, les nutritionnistes ou les diététiciens pour favoriser la réduction du poids chez les personnes souffrant d'arthrose de la hanche qui sont en surpoids ou obèses.