

Evaluation d'une démarche d'information standardisée avant arthroplastie totale de genou

B.ESCHALIER^{a,e}, S.DESCAMPS^{c,e}, B.PEREIRA^d, G.GIRARD^c, S.BOISGARD^{c,e}, E.COUDEYRE^{b,e}

^a *Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand, Département de Médecine Générale*

^b *CHU de Clermont-Ferrand, Service de Médecine Physique et de Réadaptation*

^c *CHU de Clermont-Ferrand, Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie*

^d *CHU de Clermont-Ferrand, Direction de la Recherche Clinique et Innovation*

^e *Université d'Auvergne*

INTRODUCTION



L'intérêt d'une prise en charge rééducative pré-opératoire (kinésithérapie + éducation) est démontré dans la gonarthrose :

recommandations HAS (1), SOFMER (2)

Le contenu des informations délivrées n'est pas consensuel

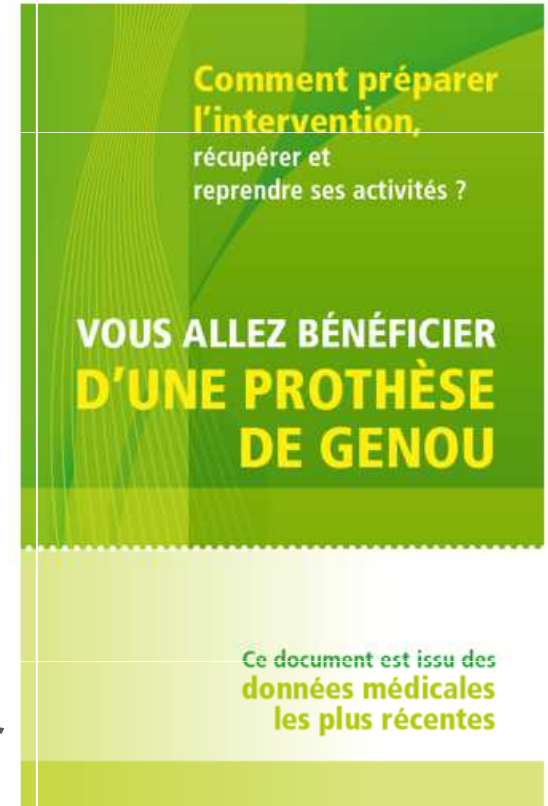
(1) HAS 2008

(2) Coudeyre E. Ann. Readapt. Med. Phys. 2007.



MESSAGES du LIVRET

- 1) Le patient doit être acteur de sa prise en charge
- 2) L'activité physique régulière contribue à améliorer l'état de santé global et n'aggrave pas l'arthrose
- 3) Bien traiter les douleurs permet de garder une activité physique régulière
- 4) L'objectif est d'arriver à l'intervention dans de bonnes conditions
- 5) Il est indispensable de préparer son retour à domicile avant l'intervention
- 6) Un séjour en MPR n'est pas obligatoire pour obtenir un bon résultat
- 7) 6 mois pour récupérer la quasi-totalité de la fonction
- 8) Il faut rester réaliste sur les bénéfices apportés par la prothèse



● Votre intervention chirurgicale (suite)

► Quand débuter votre rééducation :

Vous pourrez vous lever le jour même ou le lendemain de l'intervention. Le premier lever se fera sous surveillance à l'aide de vos deux cannes anglaises. Vous pourrez faire au minimum quelques pas en fonction de votre fatigue secondaire à l'intervention et de vos douleurs qui pourront nécessiter une adaptation de votre traitement.

Dès le lendemain de l'intervention un masseur-kinésithérapeute vous fera travailler passivement la flexion et l'extension du genou, éventuellement à l'aide d'un appareillage motorisé (arthro-moteur) permettant de réaliser des mouvements de flexion-extension du genou sans contraction musculaire.

Vous ferez également des exercices, à poursuivre vous même, comme par exemple :

- écraser un coussin jambe tendue pour prévenir la fonte musculaire de la cuisse et améliorer la stabilité de votre genou ;



- des mouvements de flexion-extension de la cheville associés à un premier lever précoce afin de prévenir les risques de phlébite. Ce risque sera également prévenu par la prise quotidienne d'anti-coagulants (en injection ou en comprimé) à poursuivre pendant plusieurs semaines.

Il faut éviter de laisser votre genou fléchi trop longtemps. En cas de douleurs, l'équipe soignante (médecins et infirmières) pourra adapter votre traitement.

Assis au fauteuil, il faut essayer de garder votre genou tendu tout en évitant le port-à-faux.



Des exercices de kinésithérapie respiratoire vous seront prodigués en cas d'encombrement bronchique.

Vous serez normalement capable de marcher seul(e) avec une ou deux cannes anglaises une semaine environ après l'intervention.

► Suivi orthopédique :

Vous reverrez votre chirurgien dans les semaines suivant l'intervention, plus tôt si nécessaire, puis environ une fois par an.

HYPOTHESE

La remise d'un document d'information permet d'améliorer les *connaissances* et de modifier les *croyances* des patients



OBJECTIFS

Principal :

Impact d'une démarche d'*information standardisée*, chez des patients en attente d'une PTG, sur :

Connaissances (Co)

Croyances (Cr)

Secondaires :

Satisfaction vis-à-vis information (Sa)

Durée de séjour en chirurgie

Taux de transfert en MPR

L L L L L L L L L L

SCORE DE CONNAISSANCES

Nous travaillons actuellement sur l'éducation thérapeutique des patients atteints de gonarthrose, votre avis nous intéresse.

Pour chaque item, veuillez répondre par Vrai, Faux ou Ne sais pas :

1. Les muscles de la cuisse permettent de maintenir le genou stable.
Vrai Faux Ne sais pas
2. L'activité physique peut aggraver l'arthrose de genou.
Vrai Faux Ne sais pas
3. Le seul traitement de l'arthrose de genou est la mise en place d'une prothèse.
Vrai Faux Ne sais pas
4. Lors des poussées douloureuses, il faut immobiliser complètement le genou pendant au moins 48h.
Vrai Faux Ne sais pas
5. La pratique d'une activité physique en endurance permet de se préparer à l'intervention.
Vrai Faux Ne sais pas
6. Il est utile de réfléchir à l'aménagement de son domicile avant l'intervention.
Vrai Faux Ne sais pas
7. Dès le lendemain de l'intervention, on peut prendre appui sur la jambe opérée, avec ou sans canne(s) béquille(s).
Vrai Faux Ne sais pas
8. La rééducation après l'intervention donne des résultats comparables qu'elle soit réalisée à domicile ou en service de rééducation.
Vrai Faux Ne sais pas
9. On retrouve toute son autonomie 3 à 6 mois après l'intervention.
Vrai Faux Ne sais pas
10. La canne béquille se tient du côté non douloureux.
Vrai Faux Ne sais pas

Score : /10



MATERIEL et METHODE

Etude *contrôlée, randomisée*

Nombre de sujets nécessaires :

fixé à 44, par une évaluation statistique a priori et en accord avec les capacités de recrutement

Etude validée par le Comité de Protection de la
Personne

Impression des livrets financée par les
Laboratoires Sanofi-Aventis France





Groupe *contrôle* (GC) :

information usuelle délivrée par le chirurgien

Groupe *intervention* (GI) :

information usuelle délivrée par le chirurgien

+ remise du livret d'information



Critères d'inclusion :

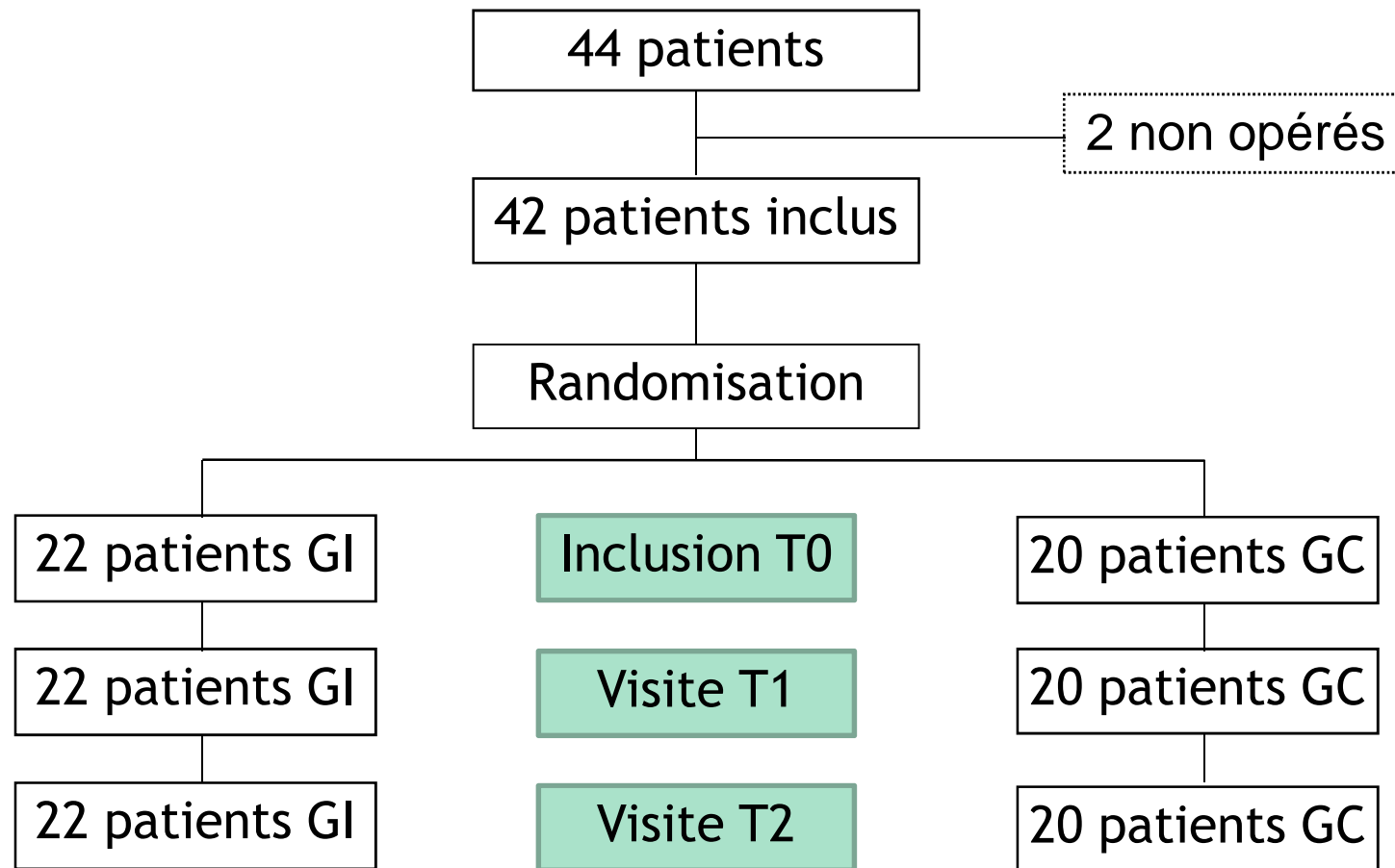
- Homme ou femme de 55 à 75 ans
- Gonarthrose invalidante avec arthroplastie programmée
- Coopération et compréhension compatibles avec protocole



Critères de non inclusion :

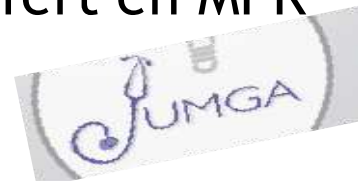
- Troubles cognitifs/comportement
- Troubles de la compréhension et d'expression de la langue française (écrite et orale)
- Patients institutionnalisés
- ATCD de PTG du genou homolatéral
- Rhumatisme inflammatoire chronique
- PTG sur genou complexe

DEROULEMENT de L'ETUDE



A T0 et T1 : Co, Cr

A T2 : Co, Cr, Sa, durée de séjour en chirurgie, taux de transfert en MPR



Population à l'inclusion

Groupe Intervention
(GI)

Groupe Contrôle
(GC)

Age		p non significatif
Sexe		
IMC		
Fonction (<u>Womac</u>)		
Niveau d'études	Primaire/Secondaire/ Universitaire	
Activité Professionnelle	Oui/Non	
Kinésithérapie pour <u>gonarthrose</u>	Oui/Non	
ATCD PTG ou PTH	Oui/Non	
Date de la précédente intervention	< 3ans / >3ans	
Activité physique pré-opératoire	Oui/Non	
Type	Natation/marche/vélo	p non significatif
Fréquence	<30min x3/ <u>sem</u> >30min x3/ <u>sem</u>	p=0,04

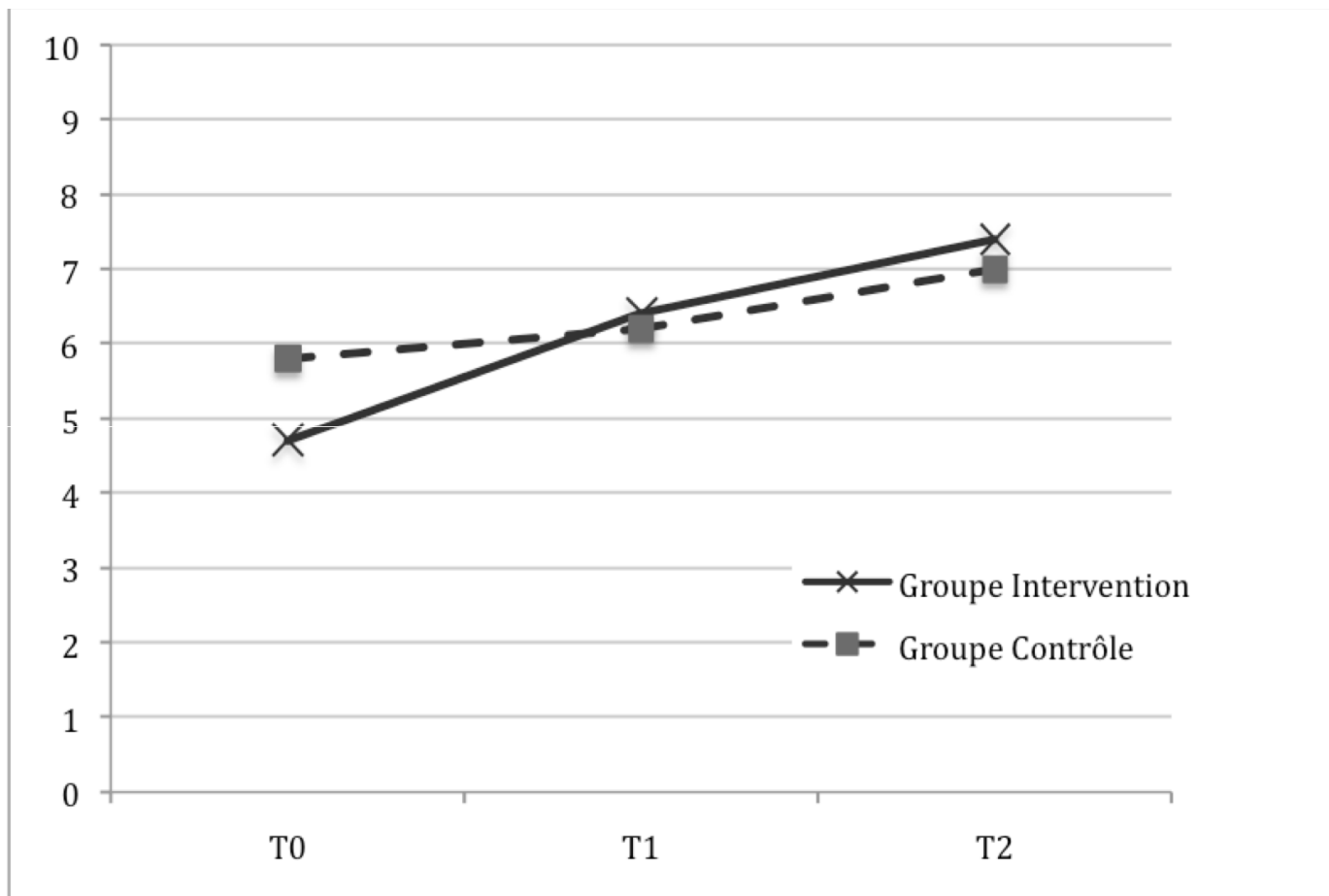


Capacités au retour à domicile

	Groupe Intervention (GI)	Groupe Contrôle (GC)
Lieu de vie	p non significatif	
Logement		
Aménagement domicile		
Présence d'un proche		
Aide à domicile		
Aide technique à la marche		
Périmètre de marche		
Capacité retour à domicile (RAPT)		
Souhait pour lieu de réalisation de rééducation		

Scores de Connaissances

	Groupe Intervention (n=22)	Groupe Contrôle (n=20)	
Connaissances T0	4.7	5.8	p = 0,11
Connaissances T1	6.4	6.2	p = 0,51
Connaissances T2	7.4	7	p = 0,46



Questionnaire de Croyances

	Groupe Intervention (GI) entre T0 et T1	Groupe Contrôle (GC) entre T0 et T1
Reprise d'appui possible moins d'une semaine après arthroplastie	10 ; 12	8 ; 12
Un séjour en MPR sera nécessaire	12 ; 7	9 ; 8
La prothèse fait disparaître toutes les douleurs	4 ; 9	6 ; 8
Des séances de kiné pré- opératoires auraient peu vous être utiles	0 ; 8	3 ; 4

Critères Secondaires

Satisfaction vis-à-vis de l'information reçue :

Pas de différence

Durée de séjour en chirurgie :

Pas de différence

9,6 ($\pm 2,8$) jours pour patients du GI

8,8 ($\pm 2,0$) jours pour patients du GC

Taux de transfert en MPR :

2 fois plus de transferts dans GC que dans GI (35% vs 14%)

sans différence significative



DISCUSSION

Connaissances

- Variation plus importante du Co entre T0 et T1 dans le groupe intervention : confirmation de l'impact du livret en pré-opératoire
- Impact positif du livret sur l'intérêt de pratiquer une activité physique régulière

Croyances

- Nombreuses croyances erronées à l'inclusion
- Impact positif sur l'intérêt de la kinésithérapie pré-opératoire
- Impact négatif du livret sur l'intérêt d'un séjour en MPR



LIMITES

Méthodologiques

Les scores utilisés n'ont pas fait l'objet d'une validation scientifique

Manque de puissance

Cliniques

Absence de contrôle des informations délivrées par l'ensemble de l'équipe de chirurgie = biais de confusion



PERSPECTIVES

Données contradictoires dans la littérature sur les démarches pré-opératoires d'ETP, sans document validé support à l'information (3, 4)

Evaluer l'effet d'une démarche éducative complexe :

séances éducatives (support informatif=livret)

séances d'exercices

(3) Wallis JA. Osteoarthritis Cartilage. 2011.

(4) Thomas J. PlosOne. 2012.



CONCLUSION

La remise d'un livret d'information validé a permis :

- amélioration significative des connaissances
- modification modeste des croyances

La remise du livret n'a pas modifié :

- satisfaction vis-à-vis de l'information reçue
- durée de séjour en chirurgie
- taux de transfert en MPR